TABLEAU SYNOPTIQUE

POUR LE TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES UTÉRINES AVANT ET PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT.

AVANT LE TRAVAIL.	HÉMORRHAGIE LÉGÈRE A.	Situation horizontale.	
		Repos absolu.	
		Air frais.	
		Boissons acidules fraîches.	
		Diète.	
		Saignée s'il y a des symptômes de pléthore.	
		Vider la vessie et le rectum.	
	HÉMORRHAGIE GRAVE B.	Mêmes moyens qu'en A, excepté la saignée.	
		D'abord applications froides.	
		Puis seigle ergoté, 2 grammes en 3 doses, à dix minutes d'intervalle.	
		Et si ces moyens sont insuffisants, appliquer le tampon ou faire la perforation des membranes.	
PENDANT LE TRAVAIL.	HÉMORRHAGIE LÉGÈRE..	Orifice non dilaté et non dilatable.	Membranes entières.. Mêmes moyens qu'en A, sauf la saignée, qui ne convient que si l'état pléthorique est extrêmement prononcé.
			Membranes rompues. —
		Orifice dilaté.....	Membranes entières.. Mêmes moyens qu'en A, puis attendre, ou rompre les membranes.
			Membranes rompues. Mêmes moyens qu'en A, et attendre ; si les douleurs sont faibles et lentes, donner le seigle ergoté.
	HÉMORRHAGIE GRAVE...	Orifice non dilaté et non dilatable.	Membranes entières.. Mêmes moyens qu'en A, sauf la saignée, puis les réfrigérants ; et en cas d'insuffisance et si les douleurs sont faibles, seigle ergoté, puis rompre les membranes ; enfin si l'orifice ne permettait pas la version, appliquer le tampon.
			Membranes rompues. Mêmes moyens qu'en A, puis les réfrigérants, puis seigle ergoté si les douleurs sont faibles et lentes ; puis, en cas d'insuffisance, compression de l'utérus, tampon, accouchement forcé.
		Orifice dilaté ou dilatable.....	Membranes entières.. Rompre les membranes ; si cette rupture ne suffit pas, faire la version ou appliquer le forceps.
			Membranes rompues. Version si la tête est au-dessus de l'orifice ; forceps si la tête est dans l'excavation ; extraction simple si l'extrémité pelvienne se présente.

CHAPITRE XII

DE L'ÉCLAMPSIE

Parmi les maladies convulsives qui peuvent se présenter pendant la grossesse, le travail ou les suites des couches, il en est une qui a des caractères tellement tranchés, une physionomie si particulière, que je comprends à peine la confusion qui règne encore aujourd'hui dans la plupart des ouvrages classiques. Cette confusion vient évidemment de ce que les auteurs qui ont écrit sur les convulsions puerpérales ont réuni sous ce titre toutes les affections dont la convulsion est le caractère principal, oubliant que cette épithète de *puerpérale* doit s'appliquer, non pas à toute maladie qui se manifeste avant, pendant ou après l'accouchement, car, à ce titre, on pourrait admettre une pneumonie ou une pleurésie puerpérale, mais seulement à celle qui est intimement liée à cet état, et ne se produit que pendant sa durée. Cette confusion tient encore, à mon avis, à ce qu'on a nommé convulsions, des maladies qui ne méritent pas ce nom. Ces deux propositions seront facilement prouvées par l'exposé des distinctions admises par les auteurs.

Suivant eux, en effet, les convulsions qui surviennent pendant la grossesse peuvent être partielles ou générales.

Ils ont décrit, sous le nom de convulsions partielles, des affections dont le caractère principal est bien une contraction brusque, anomale, involontaire d'un ou de plusieurs organes musculaires, et qui sont par conséquent convulsives, mais qui, du reste, diffèrent tellement de ce qu'on a l'habitude de comprendre sous la dénomination de convulsions des femmes enceintes, que c'est avec quelque répugnance, et seulement pour éviter le reproche d'avoir omis quelques faits importants, que je m'en occupe ici. C'est ainsi qu'on a rangé parmi les convulsions puerpérales les contractions violentes de l'estomac chez certaines femmes qui, pendant leur grossesse, sont affectées de vomissements intenses et opiniâtres, et qu'on appelle aussi convulsions puerpérales les palpitations dont souffrent certaines autres.

M. P. Dubois dit avoir vu chez une femme enceinte de cinq à six mois, les parois du ventre se contracter avec une telle force, que l'utérus en était complément refoulé dans l'excavation. On voyait ensuite cet organe revenir brusquetement à sa place, et rebondir à la manière d'une balle élastique qu'on a lancée sur le sol. D'autres bosselures se montraient aussi dans les flancs, l'épigastre, la région ombilicale, et semblaient dépendre de la contraction spasmodique des viscères autant que de celle des parois du ventre. Cette femme guérit sans avorter.

M. Velpeau, dans son excellente thèse, à laquelle j'ai emprunté le fait précédent, rapporte qu'une villageoise de vingt-deux ans fut effrayée, le *dixième jour* après son accouchement, des mouvements qui s'opéraient dans son ventre. On voyait, à travers les téguments et les muscles, comme un globe qui se serait promené tantôt vers l'excavation, tantôt aux flancs, tantôt vers l'ombilic. Cette

espèce de boule se transformait parfois en plusieurs bosselures qui traversaient avec bruit l'abdomen, dont les parois semblèrent conserver toujours leur souplesse normale. Cette femme mourut folle *deux ans après, sans que ces singuliers mouvements eussent complétement cessé*. En vérité, peut-on rattacher ce fait aux convulsions puerpérales ?

Les parois du vagin se sont quelquefois contractées assez violemment, au dire de quelques accoucheurs, pour s'opposer à la sortie de l'enfant, et même pour engourdir par leur contraction la main de l'accoucheur.

De toutes les convulsions partielles, celles de l'utérus sont les moins douteuses. Nous nous sommes déjà occupés du resserrement spasmodique de l'orifice externe et de l'orifice interne du col, qui peut retarder beaucoup le travail, ou causer, dans l'accouchement par le pelvis, l'extension de la tête, et rendre son extraction difficile. Nous verrons plus loin (article DÉLIVRANCE) quelle influence ce resserrement des orifices, qui est évidemment dû à la contraction convulsive de la partie supérieure ou inférieure du col, ainsi que la contraction partielle de certaines fibres du corps de la matrice, peuvent exercer sur la délivrance.

Nous nous contenterons de mentionner ici les faits semblables à celui observé par M. P. Dubois, et dans lesquels on a vu l'utérus se porter rapidement en haut, en bas, sur les côtés de l'abdomen, et s'élancer avec tant de violence vers la vulve, qu'il fallut le soutenir avec les doigts pour l'empêcher de sortir. (Voyez, pour plus de détails, les thèses de Baudelocque, Miquel.)

Sans aucun doute, les faits que je viens de rappeler ont bien quelques-uns des caractères de la maladie que nous allons décrire sous le nom d'*éclampsie*, en ce sens qu'ils sont caractérisés par une contraction brusque, anomale, involontaire; mais ils en diffèrent tellement, sous le triple point de vue de la symptomatologie, du pronostic et du traitement, qu'on ne peut, à mon avis, sans confondre les choses essentiellement dissemblables, les ranger sous la même dénomination.

Qu'a-t-on fait encore pour les convulsions générales des femmes enceintes? L'hystérie, le tétanos, la catalepsie, l'apoplexie même, étaient-ils observés pendant la grossesse et le travail, on les décorait aussitôt du nom de maladies puerpérales; et, bien que ces affections offrissent les mêmes symptômes que lorsqu'elles se montrent pendant l'état de vacuité, bien qu'elles fussent essentiellement différentes de l'éclampsie proprement dite, on les considérait seulement comme des variétés, des formes particulières de cette dernière maladie. Sans aucun doute, l'hystérie, le tétanos, etc., se ressentent bien des conditions particulières dans lesquelles se trouve la femme enceinte, et comme toutes les autres maladies qui surviennent pendant la période puerpérale, le danger qu'elles font courir à la femme s'accroît de celui auquel elles exposent le fœtus; mais l'hystérie n'en est pas moins toujours une hystérie, et la convulsion tétanique n'en a pas moins la persistance si caractéristique qui lui est propre. Ce sont donc évidemment autant de maladies distinctes.

Je dois ajouter pourtant que la convulsion peut varier dans sa forme, et qu'un accès dont les débuts ont présenté tous les caractères de l'éclampsie peut revêtir

à la fin la forme tétanique ou même la forme cataleptique. En supposant qu'il n'y ait pas eu d'erreur dans le diagnostic, ce sont là des faits exceptionnels dans lesquels il est difficile de dire si la même maladie a revêtu successivement deux physionomies différentes, ou si une maladie, la catalepsie, a succédé à une autre, l'éclampsie. Le docteur Schmidt, de Paderborn, et M. Danyau, ont publié chacun un exemple d'une semblable transformation (*Journ. de chir.*, 1844).

Quant à l'apoplexie, elle peut se montrer durant l'état puerpéral comme maladie principale, ou comme terminaison ou complication de l'éclampsie. Souvent, en effet, comme nous le dirons plus loin, les convulsions puerpérales déterminent un épanchement cérébral; mais celui-ci est alors évidemment un effet, et non la cause des accidents : il est des cas aussi dans lesquels, sous l'influence des modifications si remarquables que subit, pendant la grossesse, la circulation générale, il s'opère vers le cerveau un raptus violent qui peut aller jusqu'à l'épanchement. Celui-ci est quelquefois précédé de convulsions légères ou d'une roideur tétanique dans un ou plusieurs membres; mais celles-ci cessent aussitôt pour ne plus reparaître. L'apoplexie est bien ici la maladie, mais ce n'est pas autre chose.

A mon avis, donc, il faut admettre que, pendant la grossesse, le travail ou les suites de couches, les femmes peuvent avoir des attaques d'hystérie, de tétanos, de catalepsie, ou être frappées d'apoplexie; mais ce sont autant de maladies distinctes qui n'ont avec l'éclampsie qu'un symptôme commun, la convulsion. Les détails dans lesquels nous allons entrer mettront en lumière leurs nombreuses différences.

Pour moi, je comprendrai seulement sous le nom d'éclampsie une affection puerpérale caractérisée par une série d'accès dans lesquels presque tous les muscles de la vie de relation, souvent aussi ceux de la vie organique, sont convulsivement contractés; accès le plus ordinairement accompagnés ou suivis de l'abolition plus ou moins complète et plus ou moins prolongée des facultés sensorielles ou intellectuelles.

Les convulsions générales (éclampsie proprement dite) sont une maladie assez rare. M. Velpeau n'en a rencontré aucun cas sur mille accouchements qu'il a suivis à la Clinique. C'est là bien certainement une circonstance exceptionnelle; car en consultant les relevés fournis par madame Lachapelle, Merriman, Ryan, Pacoud, de Bourg, etc., il y aurait à peu près un cas de convulsion sur deux cents accouchements.

D'un autre côté, la pratique des principaux accoucheurs de la Grande-Bretagne fournirait environ un cas d'éclampsie sur quatre cent quatre-vingt-cinq accouchements [1].

(1) Blaud....	sur 1897 femmes,	a vu 2 cas.	Collins..	sur 16 654 femmes,	a vu 30 cas.
Jos. Clarke	10 387	19	Beatty...	399	1
Merriman.	2 947	5	Ashwell..	1 266	3
Granville.	640	1	Mantel..	2 510	6
Cusack...	398	6	Churchill.	600	2
Maunsel..	846	4			

Nous aurons donc 79 cas de convulsions sur 38 306 cas de travail: environ 1 sur 485.

Il est, du reste, à peu près impossible d'établir une proportion exacte en ne consultant que la pratique d'un seul homme; car les différentes années de sa pratique offrent des variantes très-nombreuses : pour moi, par exemple, qui, pendant mon internat à l'Hôtel-Dieu et mon clinicat à la Faculté, n'avais observé que 3 cas sur 2000 accouchements, « j'en ai rencontré 7 pendant les mois de juillet, août, septembre et octobre 1846, durant lesquels j'ai été chargé du service de la Clinique. »

L'éclampsie se montre indifféremment à toutes les époques de l'année. Quelques auteurs ont paru penser, à tort je crois, que certaines conditions atmosphériques n'étaient pas étrangères à sa production, et qu'elle est plus fréquente dans une saison que dans l'autre : madame Lachapelle, qui semble assez disposée à admettre cette opinion, et qui cependant donne un résumé qui ne l'appuierait guère, se fonde sur ce que, à l'hospice de la Maternité, plusieurs sujets sont presque toujours atteints en même temps. Cette circonstance n'est-elle pas due plutôt à l'influence de l'imitation qu'à celle de l'atmosphère? Je serais assez porté à le croire.

Cette maladie est très-rare dans les premiers mois de la gestation. M. Danyau père a eu cependant l'occasion de l'observer chez une jeune fille arrivée seulement à la sixième semaine de sa grossesse, et chez laquelle l'extraction de l'œuf put seule faire cesser les accidents. A une grossesse suivante et au même terme, l'éclampsie survint encore et fut suivie de la fausse couche; mais, cette fois, les accès persistèrent encore quelque temps avant l'avortement.

Une dame de Ferrare, âgée de vingt-huit ans, d'une constitution bilieuse, et mère de trois enfants, avait périodiquement des convulsions dès qu'elle avait conçu, et les attaques se renouvelaient tous les quinze jours pendant toute sa grossesse, de sorte que leur apparition était pour elle un signe de grossesse; mais il est douteux qu'il se soit agi d'éclampsie vraie.

En général, elles sont assez rares jusqu'au sixième mois. Elles sont fréquentes, surtout pendant le travail, et se montrent un peu plus souvent après l'accouchement que pendant la grossesse. Mais l'époque à laquelle elles peuvent survenir après l'accouchement est très-variable; et si le plus souvent l'éclampsie se manifeste quelques heures ou seulement quelques jours après la délivrance, il n'est pas sans exemple de ne la voir apparaître que huit, dix et même douze jours plus tard.

§ I. — Causes.

Toutes les causes de l'éclampsie ont été distinguées en causes prédisposantes et en causes déterminantes.

Lorsqu'on recherche avec soin les conditions individuelles dans lesquelles on voit le plus souvent apparaître l'éclampsie, on est vivement impressionné par un fait fort singulier qui avait échappé à tous les anciens observateurs : c'est la présence presque constante de l'albumine dans l'urine des femmes éclamptiques. Je dis presque constante, car en dehors des six ou sept faits cités par MM. Depaul et Mascarel, faits sur lesquels nous aurons à revenir, je ne connais pas d'exception. Cette coïncide nce, au moins fort singulière, constatée aujourd'hui par un grand nombre de médecins, et que j'ai moi-même invariablement retrouvée sur toutes les femmes que j'ai eu l'occasion d'observer depuis huit ans, domine évidemment l'étiologie des convulsions puerpérales. Puisque, en effet, on retrouve à peu près constamment l'albumine dans l'éclampsie, l'esprit le plus sévère ne peut se défendre d'établir entre ces deux faits une relation plus ou moins intime de causalité.

Mais, a-t-on fait remarquer, l'albuminurie ne constitue pas une maladie; elle n'est que l'expression symptomatique d'une lésion locale ou d'une affection générale de l'organisme. Celles-ci peuvent sans doute causer l'éclampsie, comme elles avaient déjà produit l'albuminurie; mais le plus souvent elles bornent leur influence à modifier la sécrétion urinaire, sans déterminer aucun trouble nerveux. Cela est vrai, et sous ce rapport M. Blot a eu raison de considérer ces deux états morbides comme seulement concomitants, et de ne pas regarder l'un comme la conséquence de l'autre. Au point de vue clinique cependant, cette remarque de M. Blot n'a pas toute l'importance qu'il a voulu lui donner. Si, en effet, c'est bien à la lésion organique des reins ou à l'altération des liquides, dont l'albuminurie est le symptôme, qu'il faut aussi attribuer la cause de l'éclampsie, toujours est-il que ces lésions locales ou générales étant toutes deux fort difficiles à reconnaître pendant la grossesse, tandis que la présence de l'albumine est toujours facile à constater, on a bien fait d'insister sur l'importance de l'albuminurie qui, seule le plus souvent, peut faire soupçonner l'état organique auquel l'éclampsie paraît liée.

Puisque l'albuminurie se trouve chez l'immense majorité des femmes éclamptiques, on peut donc à bon droit la considérer, ou mieux considérer la maladie dont elle est le symptôme, comme la seule cause prédisposante des convulsions éclamptiques. Je dis la seule cause prédisposante connue; car depuis que l'attention est fixée sur ce point, les albuminuriques sont, de toutes les femmes enceintes, les seules, quelques cas exceptés sur lesquels nous reviendrons plus loin, chez lesquelles on ait observé l'éclampsie.

Si toutes les éclamptiques sont albuminuriques, hâtons-nous d'ajouter que l'albuminurie, quelle que soit son abondance, n'est pas toujours suivie de l'éclampsie; il n'est heureusement pas rare de voir des femmes enceintes donner des urines très-chargées d'albumine et n'offrir aucun symptôme convulsif : sur 41 femmes dont l'urine était albumineuse, M. Blot n'a observé que sept cas de convulsions, et des 20 albuminuriques citées par MM. Devilliers et Regnault, 11 seulement eurent des accidents convulsifs. Il est vrai que ces derniers n'ont examiné que les urines des femmes infiltrées, et qu'il est certain que beaucoup d'albuminuriques ne sont pas infiltrées. Mais en prenant une moyenne entre des résultats si différents et en tenant compte de ce que j'ai observé moi-même, je crois exprimer la vérité en disant que, sur 4 ou 5 albuminuriques, l'éclampsie sera probablement observée une fois.

La quantité d'albumine trouvée dans l'urine augmente beaucoup pendant l'attaque convulsive et diminue généralement après. Cette particularité a porté quel-

ques personnes à se demander si l'éclampsie, loin d'être due à l'altération de l'urine, n'en était pas la cause. Je comprendrais l'hésitation si l'on pouvait citer un seul cas dans lequel on eût, pendant plusieurs semaines avant le début des accidents, constaté l'absence complète d'albumine dans l'urine; mais cela, je crois, n'a pas été fait, et souvent, au contraire, on a vu l'albuminurie exister depuis un certain temps, quand les convulsions se sont manifestées. En réfléchissant d'ailleurs à la gêne que l'éclampsie produit dans la circulation veineuse, on s'explique très-facilement la congestion très-active dont les organes intérieurs et les reins en particulier peuvent être le siége pendant l'accès; et l'hypérémie rénale augmente, on le sait, la sécrétion albumineuse.

Les conditions organiques qui produisent l'albuminurie sont certainement les plus favorables, je dirai même les seules favorables à la production de l'éclampsie. Cette proposition, aujourd'hui incontestable, explique l'influence de certaines circonstances que la plupart des auteurs ont admises comme causes prédisposantes; ainsi l'œdème considérable des membres inférieurs, mais surtout l'infiltration générale qui envahit successivement le tronc, les membres thoraciques et la face, a été signalé comme une des prédispositions les plus influentes. Or, on sait aujourd'hui que cet œdème général est presque toujours lié à une altération de la sécrétion urinaire, et que c'est seulement lorsqu'il s'accompagne d'albuminurie qu'il paraît lié à l'éclampsie.

Si, comme le pense M. Rayer, la compression que la tumeur utérine exerce sur la veine rénale peut produire à la longue une hypérémie, puis une inflammation des reins, on comprend le mode d'action de toutes les circonstances qui peuvent rendre cette compression plus intense : ainsi on s'expliquera l'influence que peut avoir : 1° la distension excessive de l'utérus, qu'elle tienne à une hydropisie de l'amnios ou à la présence de plusieurs enfants; 2° l'état de primiparité, dans lequel les parois abdominales, très-résistantes, maintiennent la matrice fortement appliquée contre les parois postérieures du ventre [1]; 3° comment, suivant les observations de M. P. Dubois, le rachitisme est souvent lié à la production de l'éclampsie, puisque chez les femmes affectées de cette maladie, la petitesse de la taille, le peu d'étendue de l'enceinte abdominale, gênent le développement de l'utérus, et que celui-ci réagissant à son tour sur les parties qui l'environnent, constitue un obstacle mécanique plus grand à l'accomplissement régulier de toutes les fonctions, et de la circulation veineuse en particulier. (Voy. *Albuminurie*, page 492.)

Quelle qu'en soit la cause, l'albuminurie longtemps prolongée produit nécessairement une diminution très-notable dans la quantité d'albumine qui entre dans la composition normale du sang. Il est dès lors infiniment probable que ce liquide, ainsi altéré, détermine dans le centre cérébro-spinal une excitation particulière qui devient elle-même la cause directe des convulsions, ou du moins,

[1] Les sept huitièmes des cas d'éclampsie ont été observés chez les femmes primipares (Lachapelle); sur 38 cas relatés par Merriman, 28 étaient primipares. Plus des deux tiers des observations de Ramsbotham, et 29 sur 30 de Collins, se rapportent à des femmes qui accouchaient pour la première fois.

ce qui arrive le plus souvent, le rend plus impressionnable aux excitations qui lui arrivent, soit de l'extérieur, soit des organes intérieurs probablement irrités. Ces excitations, qui n'auraient aucune influence dans toute autre circonstance, deviennent, dans ces conditions, autant de causes déterminantes d'un accès éclamptique. (Voy. *Urémie*.)

Une altération dans la quantité ou les qualités du sang devient quelquefois, en dehors de l'état puerpéral, la cause d'accidents convulsifs. M. Rayer, et plusieurs autres observateurs, ont signalé les symptômes épileptiformes comme un des modes de terminaison de l'albuminurie due à la néphrite albumineuse, et l'on sait que les convulsions se manifestent assez souvent dans les derniers instants des malheureux qui succombent à une hémorrhagie abondante. Il n'est donc pas étonnant que l'altération du sang produite par l'albuminurie puisse, pendant la grossesse, avoir les mêmes conséquences. Si ces accidents nerveux sont plus fréquents chez les femmes enceintes dont l'urine est albumineuse que dans les autres maladies où l'albuminurie est observée, c'est qu'à la seule cause qui produit l'épilepsie chez les albuminuriques ordinaires viennent s'ajouter les congestions fréquentes dont les centres nerveux sont si souvent le siége pendant la grossesse et le travail.

Si les convulsions sont le plus souvent spontanées et peuvent seulement être attribuées aux conditions dont nous venons de parler, il en est quelques-unes dont la manifestation paraît se rattacher à une cause plus facilement appréciable, et qu'on peut, à juste titre, considérer comme une cause déterminante.

Au nombre des causes occasionnelles, quelques auteurs ont compté les circonstances les plus banales et les plus indifférentes, et dont nous épargnerons la nomenclature au lecteur; nous mentionnerons seulement les émotions morales vives dont l'influence incontestable, dans quelques cas, est assez difficile à expliquer; mais il en est quelques-unes qui, au point de vue du traitement, méritent d'être signalées avec soin, car c'est surtout alors qu'en faisant disparaître la cause on peut faire cesser l'accès, ou du moins en diminuer la gravité.

Les circonstances auxquelles nous faisons allusion n'exercent d'abord une influence que sur les organes plus ou moins éloignés des centres nerveux, et ce n'est que secondairement que l'irritation, transmise à ceux-ci, les excite et produit la convulsion. C'est ainsi que l'excitation produite sur les nerfs de l'utérus, du vagin, du rectum, de la vessie ou de l'estomac, peut devenir la cause déterminante des convulsions générales.

A. *Utérus.* — Toutes les causes de dystocie essentielle qui nécessitent de la part de la matrice des efforts plus énergiques et plus longtemps soutenus peuvent produire, dans les nerfs sensitifs de cet organe, une excitation qui, transmise à la moelle épinière, est de nature à provoquer l'action réflexe des nerfs moteurs. A ce titre, nous devons noter la mauvaise conformation ou l'obstruction du bassin, l'oblitération partielle ou complète du vagin ou de la vulve, les altérations organiques et le spasme du col ou du corps de la matrice, les vices de conformation ou les monstruosités du fœtus, etc. Quant aux positions défavorables de l'enfant, elles n'ont certainement pas l'influence qu'on pourrait leur supposer au premier

abord. On a beaucoup exagéré, dit Churchill, l'influence des positions vicieuses; car, sur 48 397 accouchements, les docteurs Clarke, Labatt et moi, n'avons observé qu'un seul cas de convulsion coïncidant avec une position vicieuse. Presque toujours l'éclampsie se manifeste dans les présentations du sommet; mais, suivant la remarque de Tyler Smith, ce n'est pas au moment où la tête appuie sur le col ou franchit son orifice que survient le premier accès, mais bien plus souvent lorsqu'elle fait bomber le périnée et entr'ouvre l'anneau vulvaire: ce qui s'explique facilement par la sensibilité beaucoup plus vive des ramifications nerveuses qui se distribuent aux parties molles du périnée et de la vulve. C'est alors surtout que la terminaison prompte du travail, faisant cesser la compression que subissent les parties molles, met fin à l'attaque éclamptique.

Pendant ou après la délivrance, il faut signaler encore comme pouvant produire la même excitation, toutes les circonstances fâcheuses qui peuvent la compliquer et rendre nécessaire l'introduction de la main : ainsi, l'enkystement du placenta, ses adhérences anomales, sa rétention partielle ou complète, la présence de caillots volumineux, le renversement de l'utérus, etc.

B. *Tube intestinal.* — L'irritation produite par la distension du canal intestinal, mais surtout par l'accumulation d'une grande quantité de matières fécales, et la présence de vers ou de corps étrangers dans le gros intestin, est quelquefois aussi la cause déterminante de l'éclampsie.

Merriman et Chaussier ont particulièrement insisté sur l'état saburral des premières voies dont l'influence est suffisamment prouvée, disent-ils, par l'état de la langue et par la douleur épigastrique que les malades accusent presque toujours au début de l'accès.

La présence dans l'estomac d'aliments d'une digestion difficile paraît avoir été, dans quelques cas, la cause des convulsions. Ainsi John Clarke raconte l'histoire de plusieurs femmes qui en furent affectées après la délivrance, pour avoir mangé des huîtres en grande quantité.

C. *Vessie.* — Il en est de même enfin de l'irritation que produit dans les parois de la vessie la distension exagérée de ce réservoir par une quantité trop considérable d'urine. Tout le monde connaît la curieuse observation de Mauriceau, et le docteur Vines a cité un fait absolument semblable. Dans ce dernier cas, les convulsions, qui avaient résisté deux jours à la terminaison du travail et à tous les moyens les plus généralement conseillés, cessèrent aussitôt après que, par le cathétérisme, on eut retiré de la vessie cinq pintes et demie d'une urine bourbeuse et d'une odeur fortement ammoniacale.

On a admis encore, tantôt à titre de prédisposition, tantôt comme déterminantes, beaucoup d'autres causes, mais dont l'influence, il faut l'avouer, est beaucoup plus difficile à apprécier : ainsi, M. Baudelocque indique dans sa thèse l'habitation dans les villes, les vêtements trop étroits ou trop serrés, une nourriture trop succulente, l'abus des spiritueux, la constipation, la rétention des urines signalée par Delamotte, le coït, la suppression d'un flux habituel, le sommeil trop prolongé, le défaut d'exercice, la fréquentation des bals, des spectacles, la colère, la jalousie, les contrariétés vives, les chagrins violents, etc. Sans doute, toutes ces causes, pouvant ou gêner ou troubler la circulation et la rendre plus active, facilitent le raptus sanguin vers le cerveau ; mais évidemment elles ne doivent être considérées que comme une prédisposition secondaire, qui vient s'ajouter à quelques-unes de celles que nous avons mentionnées plus haut.

L'épilepsie a été à tort regardée comme une prédisposition à l'éclampsie ; car bien que ces deux maladies aient entre elles beaucoup d'analogie, les femmes enceintes qui, avant leur grossesse, étaient épileptiques, sont en général moins sujettes à des attaques que dans tout autre temps. Il est même quelques auteurs qui ont prétendu que la grossesse suspendait complétement les accès d'épilepsie; mais cela n'est pas rigoureusement exact, ils sont seulement beaucoup plus rares.

Le docteur Tyler Smith raconte l'histoire assez curieuse d'une dame épileptique qui eut un accès d'épilepsie immédiatement après le coït pendant lequel, d'après elle, s'est opérée la fécondation, et qui n'en a plus eu dans tout le reste de sa grossesse.

Répétons, en terminant cette étude étiologique de l'éclampsie, que ces diverses causes déterminantes se rencontrent un très-grand nombre de fois sans donner naissance aux convulsions. C'est que par elles-mêmes elles sont presque toujours impuissantes à les produire, et qu'elles n'ont véritablement d'influence que lorsqu'elles agissent chez un individu offrant à un degré plus ou moins prononcé l'état général ou la lésion locale propre à produire l'albuminurie.

En résumant toutes les causes, il est facile de comprendre leur mode d'action. Il est évident que toutes tendent à produire une irritation des centres nerveux. Cette irritation est directe lorsqu'elle est due au contact immédiat d'un sang vicié, elle est indirecte ou par action réflexe lorsqu'elle est consécutive à l'excitation d'un organe plus ou moins éloigné comme la vessie, l'utérus, etc. Je suis heureux de trouver dans l'ouvrage de Scanzoni la confirmation de ces idées professées par moi depuis longtemps. C'est en effet en partant de ces idées que Scanzoni a cru devoir diviser l'éclampsie en : 1° *convulsion réflexe*, provenant de l'extrémité périphérique des nerfs sensitifs qui sont irrités; 2° *convulsion spinale*, provenant de la moelle épinière directement irritée, et dont l'irritation retentit aux extrémités périphériques; et 3° *convulsion cérébrale* quand l'irritation provient du cerveau et retentit sur la moelle. Cette dernière forme est peut-être contestable, et, pour nous, nous sommes très-disposé à croire que l'irritation spinale est toujours le point de départ de l'éclampsie. C'est en effet un fait expérimentalement établi par les physiologistes, que l'irritation de la moelle épinière, de la moelle allongée ou des tubercules quadrijumeaux, cause seule des convulsions, tandis que toutes les excitations portées sur tous les autres points du cerveau ou du cervelet ne produisent rien de semblable. Les lésions cérébrales peuvent bien détruire les mouvements volontaires, mais les contractions involontaires, celles dont l'excès et le désordre constituent l'éclampsie, leur échappent complétement : ces dernières peuvent encore être déterminées par l'irritation de la moelle épinière ou de ses nerfs, alors que le cerveau et le cervelet ont été complétement détruits.