§ II. — Symptômes.

A l'exemple de madame Lachapelle, nous distinguerons dans l'éclampsie trois ordres de phénomènes qui, sous le triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement, ont une grande importance. Ce sont les symptômes précurseurs, ceux qui caractérisent les accès, et ceux qui se montrent quelquefois dans leurs intervalles.

A. *Phénomènes précurseurs.* — L'accès d'éclampsie ne débute presque jamais à l'improviste : le plus souvent il est précédé de phénomènes qui peuvent en faire prédire l'invasion prochaine. Chaussier pensait même que dans les cas exceptionnels où les observateurs ne les ont pas mentionnés, ils ont été de courte durée, et, par cela même, méconnus ou inaperçus. Mais cette opinion est un peu trop absolue. Ces symptômes précurseurs manquent quelquefois, et, suivant la remarque de M. Wieger, la fréquence comparée des prodromes diffère selon les périodes où l'éclampsie débute. Celles qui éclatent avant le travail, dit-il, ont des prodromes environ dans 40 pour 100 des cas; celles qui éclatent pendant le travail ou la délivrance ont des prodromes dans 30 pour 100 des cas; et celles qui éclatent dans les couches ont des prodromes dans 20 pour 100 des cas.

Ces symptômes précurseurs ont une durée très-variable : ainsi, pendant les jours qui précèdent l'invasion de l'épilepsie puerpérale, quelquefois seulement pendant quelques heures, les malades se plaignent de malaise, d'agitation ; elles sont facilement agacées, impatientes et promptes à s'irriter. Elles éprouvent une gêne assez marquée dans la respiration, mais surtout une douleur de tête excessivement vive et poignante, qui, comme la migraine, n'occupe qu'une des moitiés du crâne, quelquefois même est plus localisée encore, et paraît fixée sur une des bosses coronales ou sur un autre point aussi circonscrit. Cette douleur de tête, qui est un des phénomènes les plus importants, résiste le plus souvent à tous les moyens ordinairement employés contre cette indisposition. Elle s'accompagne de nausées et même de vomissements, de vertiges, d'éblouissements et de tintements d'oreille et quelquefois d'une vive douleur épigastrique (Chaussier, Denman).

Lorsque ces premiers phénomènes ont duré un certain temps, ils acquièrent une plus grande intensité qu'à leur début, et se compliquent assez souvent de troubles plus ou moins marqués des facultés sensoriales et intellectuelles. La vue se trouble et semble obscurcie par d'épais brouillards, la malade distingue moins les objets, quelquefois même, comme l'a observé M. Meigs (de Philadelphie), ne voit que la moitié des objets qui lui sont présentés [1]. L'ouïe est aussi moins nette, le toucher moins fin et moins délicat; la figure de la femme présente un air d'hébétude inaccoutumé ; le regard est fixe, les traits immobiles ; la malade semble plongée dans de profondes réflexions d'où on la tire difficilement ; elle comprend à peine les questions qu'on lui adresse, et répond souvent à contresens. Chez la femme pléthorique, le pouls est plein, lent et dur ; la face est quelquefois rouge et animée. Lorsqu'au contraire la malade est affectée d'anasarque, surtout si elle est d'une constitution nerveuse très-irritable, le pouls est petit, dur, serré, la face est pâle, la peau froide, surtout celle des membres; il y a quelquefois un léger frisson, une horripilation incomplète. Certaines éprouvent des fourmillements, des picotements dans les membres.

[1] Ces troubles de la vision ne me semblent pas devoir être rattachés, comme on l'a fait jusqu'à présent, à la congestion cérébrale qui précéderait l'éclampsie. Dans la plupart des cas au moins ils sont la conséquence de la lésion qui a produit l'albuminurie. On sait en effet que l'altération de la vue et même la cécité ne sont pas rares dans la maladie de Bright.

Lorsque l'éclampsie se manifeste pendant le travail, elle est souvent précédée d'une extrême indocilité, d'une vive agitation, et surtout les contractions utérines offrent quelquefois, pendant un temps plus ou moins long, ce caractère particulier d'irrégularité et de continuité qui leur a fait donner le nom de tétanos utérin.

La malade rit et pleure alternativement, elle parle avec volubilité, puis à cette agitation excessive succède parfois un état d'hébétude et de stupeur.

B. *Phénomènes de l'accès.* — Après une durée et une intensité très-variables des prodromes que nous venons d'indiquer, quelquefois même brusquement, survient un premier accès. M. Prestat (*Dissertation inaugurale*) en a tracé un tableau des plus exacts; on croirait y lire la description d'un accès d'épilepsie, tant est frappante la ressemblance des deux affections. C'est donc avec raison que le docteur de Soyre (*Thèse inaugurale*), auquel nous devons de très-bons travaux sur cette maladie, a divisé l'accès d'éclampsie en un certain nombre de périodes comme notre regretté maître le docteur Beau l'avait fait pour l'épilepsie. Nous leur reprocherons seulement d'avoir fait figurer le coma au nombre des stades de l'accès, tandis qu'il n'en est que la terminaison. Nous admettons donc trois périodes dans l'accès éclamptique : 1° période de convulsions d'invasion; 2° période de convulsions toniques; 3° période de convulsions cloniques.

1° *Période de convulsions d'invasion.* — C'est presque toujours par la face que débutent les convulsions. Les muscles du visage sont le siége de petits mouvements choréiques très-peu étendus et très-rapides qu'on aperçoit facilement à travers la peau. Les paupières sont agitées par un clignotement très-rapide, mais assez étendu pour laisser voir le globe de l'œil qui roule en haut, puis en bas, et cela plusieurs fois de suite. Les muscles des ailes du nez fortement contractés tirent en dehors la base des narines; la bouche est entr'ouverte et bientôt déviée par l'abaissement de l'une des commissures labiales. Ces convulsions de la face sont presque toujours plus prononcées d'un côté que de l'autre, habituellement du côté gauche. Puis la tête s'incline dans le même sens et se rapproche de l'épaule.

En même temps surviennent, dans les membres et surtout dans les bras, des secousses convulsives. Les avant-bras se tournent en pronation forcée, les poings se ferment, le pouce fléchi dans la face palmaire, ou bien étendu et placé entre l'index et le médius. Cette période dure rarement plus d'une minute.

2° *Période de convulsions toniques.* — Tout à coup le regard devient complétement fixe ; la face comme surprise et immobilisée au milieu de son expression grimaçante, est à peine animée par quelques contractions fibrillaires peu étendues; la langue est projetée hors de la bouche ; les masséters rapprochent vivement les mâchoires et la langue est profondément mordue, mutilée, lorsqu'on ne prend pas la précaution de la faire rentrer ou de s'opposer au rapprochement des arcades dentaires.

Les membres et le tronc se roidissent dans l'attitude précédemment décrite; la respiration se suspend; il y a un moment d'immobilité générale. La mort paraît imminente. Cette période est très-courte; sa durée n'est que de quelques secondes.

3° *Période de convulsions cloniques.* — Une détente survient bientôt; la convulsion tonique disparaît pour faire place aux convulsions cloniques qui se manifestent simultanément dans les différentes parties du corps où elles produisent des secousses qui correspondent à des mouvements alternatifs de contraction et de relâchement de tous les muscles.

La face qui était déviée vers l'un des côtés revient sur la ligne médiane. La tête se balance d'un côté à l'autre. Les paupières s'ouvrent et se ferment brusquement avec une régularité rhythmique. Les muscles orbiculaires des lèvres, canin et zymotique, se convulsent cloniquement. La malade mâchonne ou semble marmotter quelques mots. La respiration est incomplète, accélérée. La face se congestionne, se bouffit, devient bleuâtre et livide. L'air se mélange à la salive et au sang qui coule des morsures de la langue; ainsi se trouve produite une écume sanguinolente qui remplit la bouche et sort entre les lèvres. L'aspect des malades est alors hideux.

Les mouvements convulsifs du membre sont en général assez peu étendus; la femme couchée sur le dos conserve cette position, sans qu'il soit besoin de la maintenir; il suffit de prendre quelques précautions pour l'empêcher de tomber hors de son lit.

Les convulsions cloniques se répètent deux, trois, quatre fois et même plus par seconde. Cette période de l'accès éclamptique est habituellement courte, mais elle se prolonge quelquefois; on a cité des cas où elle avait duré dix minutes; je puis même assurer que je l'ai vue continuer pendant vingt minutes, montre en main.

Les muscles des organes creux ne restent pas étrangers au trouble de l'appareil musculaire extérieur, et l'on voit souvent les matières fécales, les urines et les aliments contenus dans l'estomac être rejetés par la contraction convulsive des réservoirs où ils s'étaient accumulés.

La respiration est irrégulière, bruyante, s'exècute par secousses continuelles et sans aucun ordre; quelquefois même, comme l'a observé madame Lachapelle, elle est complétement suspendue par la contraction spasmodique du diaphragme et des autres muscles du thorax.

Suivant le docteur Tyler Smith, les muscles du larynx eux-mêmes sont convulsivement contractés, et oblitèrent presque complétement la glotte : de là suspension de la respiration, ou du moins bruyante, et inspiration courte et précipitée, et par conséquent suspension ou diminution de l'hématose. Cette asphyxie momentanée explique suffisamment la coloration bleue et même noirâtre qu'offrent la face et les extrémités, le gonflement de la tête, du cou, qui sont gorgés de sang noir, ainsi que la turgescence effrayante de la peau, des yeux et de la langue. Les carotides battent violemment, les veines jugulaires prennent un volume considérable. La congestion des glandes salivaires augmente leur sécrétion. Les mâchoires sont fortement contractées : par suite du rapprochement des dents, de la quantité de salive qui est dans la bouche, l'air expiré s'échappe et produisant une espèce de sifflement aigu, et, agitant la salive en forme une

écume épaisse qui est continuellement expulsée de la bouche. Cette écume est assez souvent colorée par du sang provenant des morsures faites à la langue.

Le spasme du pharynx rend la déglutition impossible, et les substances placées sur la base de la langue y restent et risquent de produire l'asphyxie. Dans un cas de cette espèce, le docteur Simpson (de Stamford) a excité la déglutition en plaçant la substance à avaler à la partie supérieure du pharynx, et en aspergeant la figure avec de l'eau froide.

Suivant le docteur Smith, les fibres musculaires du cœur pourraient aussi participer aux convulsions générales. L'excessive lividité et la turgescence de toute la surface du corps sont quelquefois, en effet, plus considérables dans l'éclampsie que dans l'asphyxie ordinaire, et tout le corps est dans l'état où se trouve la tête des pendus. Cela lui semble devoir être attribué à la circulation veineuse : Ne peut-on se demander, dit-il, s'il n'existe pas une contraction spasmodique de l'oreillette droite qui congestionnerait tout le système veineux de la veine cave jusqu'aux capillaires? L'autopsie ne vient-elle pas confirmer cette supposition, en montrant les ventricules et les oreillettes complétement vides de sang?

Un fait fort remarquable et qui me paraît une preuve de la nature urémique de l'éclampsie, c'est la suspension plus ou moins prolongée de la sécrétion urinaire. Plusieurs fois il m'est arrivé de sonder les femmes pendant la durée de l'attaque et de trouver la vessie assez fortement rétractée et complétement vide. Dans la plupart des cas, j'ai pu avoir seulement une demi-cuillerée d'urine; dans d'autres il ne m'a pas été possible d'en extraire quelques gouttes. Cette anurie est, comme on le sait, un des symptômes de l'empoisonnement urémique.

Au commencement de l'accès, le pouls est plein et dur; il devient plus tard petit et presque insensible : la peau, chaude et sèche, se couvre bientôt d'une sueur abondante. Cette transpiration coïncide habituellement avec une diminution dans la fréquence et l'intensité des secousses, et annonce la terminaison prochaine de l'accès.

Les fonctions sensoriales et intellectuelles sont complétement abolies pendant toute sa durée : la malade ne perçoit aucun son, aucune lumière; la sensibilité est complétement éteinte, et l'on peut impunément pincer, inciser ou brûler la peau, sans que la malade en ait la conscience, sans même qu'elle s'en souvienne après l'accès.

L'influence des convulsions sur la contractilité utérine est excessivement variable. Pendant la durée de l'accès, l'utérus reste quelquefois inerte, et comme étonné du désordre général, tandis que, dans quelques circonstances, que l'éclampsie se soit manifestée pendant le travail ou qu'elle l'ait précédé, les contractions continuent avec leur régularité ordinaire. Parfois aussi il semble participer à l'irritation générale, et expulse très-facilement le fœtus, alors que le peu de dilatation du col devait faire considérer la terminaison du travail comme très-éloignée. Cette délivrance si brusque, et dont la femme n'a nullement la conscience, peut échapper à l'observation de l'accoucheur, et, dans quelques cas,

l'enfant est mort asphyxié entre les cuisses de la femme, faute de soins convenables.

Toutefois cette rapidité de l'accouchement me paraît beaucoup plus rare que ne le croient quelques accoucheurs. Si l'on a cru que le travail se terminait plus promptement qu'à l'ordinaire, c'est qu'on a négligé de constater l'état du col, dont la dilatation s'était opérée sans que la femme éclamptique en eût la conscience. Toutes les fois que j'ai pu suivre les progrès du travail, le col m'a paru se dilater avec une grande lenteur ; souvent il m'a semblé être spasmodiquement contracté, comme s'il eût participé aux convulsions générales. Quand à la période d'expulsion, je crois aussi qu'elle s'opère avec plus de rapidité, ce qui s'explique facilement par l'énergie des contractions utérines et par le peu de résistance offert par le périnée, dont les muscles sont, pendant le coma, dans un état de résolution.

Le plus souvent les accès convulsifs, bien que ne se produisant pas à chaque douleur, se manifestent presque toujours au début de l'une d'elles : et ce fait est tellement constant, dit Dewees, que je puis sans exploration vaginale annoncer ce qui se passe au col de l'utérus. Il n'en est pas toujours ainsi cependant, et, dans quelques circonstances rares, la contraction ne se manifeste qu'alors que la convulsion a gagné les extrémités inférieures. Si donc, dans le premier cas l'action utérine semble déterminer l'accès convulsif, elle paraît, dans le second cas en être la conséquence : peut-être trouvera-t-on dans cette différence l'explication de l'influence très-variable qu'a, sur la durée de l'éclampsie, la terminaison du travail.

La cessation de l'accès convulsif n'est jamais soudaine. Les mouvements et les spasmes deviennent peu à peu moins violents ; la respiration est moins courte et plus profonde ; la face perd de sa lividité ; les muscles ne sont plus agités que par intervalles, et leur contraction ressemble beaucoup à celle qui est déterminée par des chocs électriques.

Ce premier accès est en général peu violent et de courte durée ; mais le plus souvent les accès sont multiples, et les symptômes deviennent de plus en plus effrayants, à mesure qu'ils se renouvellent. Celui qui doit suivre, disent MM. Merriman et Velpeau, est assez souvent annoncé par une lenteur considérable du pouls. Dans les derniers accès, madame Lachapelle croit avoir remarqué que les secousses convulsives sont moins considérables et moins prolongées : je crois que cela n'est pas exact ; mais il est vrai que les symptômes soporeux sont plus graves et plus persistants.

La durée totale de l'accès convulsif est très-variable. Les premiers sont, en général, les plus courts ; ils se prolongent davantage en se multipliant. D'abord d'une à deux minutes, ils durent ensuite de trois à quatre ; il est rare qu'ils atteignent et surtout dépassent six à huit minutes. On dit cependant en avoir observé qui ont duré une demi-heure, une heure même. Les auteurs qui prétendent en avoir vu continuer plusieurs heures et plus, ont évidemment confondu, dans l'accès, la période convulsive et la période comateuse.

Le nombre et le rapprochement des accès sont également variables : presque toujours il y en a plus de deux, quelquefois on en a compté jusqu'à soixante. Tantôt ils laissent entre eux plusieurs heures, une demi-journée ; tantôt au contraire, ils sont à peine séparés par quelques minutes d'intervalle.

C. *Intervalle des accès.* — Dans l'intervalle des trois ou quatre premiers accès, la malade reste d'abord dans un état de prostration complète ; mais bientôt elle se réveille, ouvre les yeux et regarde avec étonnement autour d'elle. Elle reconnaît difficilement les personnes et les objets qui l'environnent ; elle ne comprend rien à l'agitation et à l'inquiétude de ses amis et de sa famille ; car elle n'a aucune conscience des événements qui se sont passés pendant la durée de l'accès. Bientôt ses idées deviennent un peu plus nettes ; elle recouvre enfin complétement connaissance. Ces intervalles lucides sont assez prolongés après les premiers accès ; mais quand ceux-ci se sont renouvelés plusieurs fois, les moments de lucidité deviennent de plus en plus courts pendant leur intervalle, et la femme finit par rester continuellement plongée dans un coma profond, un état de mort apparente, d'où elle n'est tirée que par l'apparition de nouveaux mouvements convulsifs.

Cet état comateux présente tous les caractères d'une congestion cérébrale violente, dont il est bien certainement la conséquence. Pendant la convulsion, en effet, en supposent même que les fibres musculaires des oreillettes ne s'opposent pas au retour du sang veineux, la contraction violente des muscles du cou exerce certainement une compression sur les veines du cou, et, s'opposant au retour du sang, cause une congestion cérébrale qui produit l'insensibilité pendant l'accès, et le sommeil qui succède à l'attaque convulsive. L'assoupissement est profond, la face injectée, la respiration stertoreuse ; les membres sont dans un état de résolution complète. La sensibilité fortement émoussée, n'est que rarement tout à fait éteinte ; ainsi, quand on pince la malade ou qu'on la frictionne rudement, elle donne des signes de mécontement ; elle grogne à peu près comme les individus qui ont une forte commotion du cerveau. Toutefois, la torpeur peut être telle que la sensibilité soit complétement nulle ; mais même alors, les femmes paraissent percevoir la douleur causée par la contraction utérine ; car, lorsque celle-ci se manifeste, on voit la malade grimacer, et témoigner par ses grognements des souffrances qu'elle éprouve. Quant aux facultés intellectuelles, elles paraissent complétement abolies. Les pupilles sont dilatées et insensibles. Le pouls est en général fort et développé.

Lorsque cet état comateux est sur le point de se terminer, il se change en une somnolence dont on peut tirer la femme en lui parlant ; peu à peu elle recouvre ses facultés sensoriales. Lorsque la torpeur est dissipée la femme se plaint d'une grande fatigue, d'un sentiment de courbature ; puis au bout d'un certain temps cette prostration fait place à une vive anxiété, prélude d'un nouvel accès.

§ III. — Terminaisons de l'éclampsie.

L'éclampsie peut se terminer par la guérison, la mort, ou en faisant naître une autre maladie qui lui succède.

Lorsque la malade doit guérir, les accès sont en général de courte durée, très-éloignés et peu nombreux. Dans l'intervalle qui les sépare, la malade recouvre plus ou moins complétement l'usage de ses membres et de ses facultés sensoriales et intellectuelles.

Quand l'accès ne doit plus se reproduire, les facultés intellectuelles sont d'autant plus lentes à reprendre leur état normal qu'elles ont été plus troublées, ou qu'elles ont été anéanties pendant un temps plus long. La mémoire est surtout très-affaiblie, quelquefois même complément abolie. Non-seulement les femmes ne se rappellent pas ce qui s'est passé pendant l'accès, mais encore elles ont oublié les événements qui ont précédé de plusieurs jours l'invasion des accidents.

Cette mémoire ne se rétablit que peu à peu et par degrés, et chaque heure ajoute quelques faits aux faits dont la malade avait déjà recouvré le souvenir. Une chose singulière, c'est que, assez souvent, cette perte de mémoire ne porte que sur des mots isolés. On a vu des femmes avoir oublié complétement le nom des personnes qui leur étaient les plus chères; d'autres ne se rappelaient plus le nom de la rue ou le numéro de la maison qu'elles habitaient; quelques autres enfin avaient complétement perdu la mémoires des dates.

Alphonse Leroy cite une femme qui, après des phénomènes convulsifs qui pendant plusieurs jours mirent sa vie en question, présenta une aberration fort singulière de la vue : tous les objets qui lui étaient présentés, toutes les personnes qui l'entouraient lui semblaient noirs.

La vue et l'ouïe demandent un certain temps pour recouvrer leur intégrité parfaite; quelquefois la cécité reste complète pendant dix et quinze jours; mais enfin peu à peu l'état de la malade va en s'améliorant, jusqu'à ce quelle soit dans un état de santé complète.

Lorsqu'au contraire la maladie doit se terminer par la mort, on voit les accès convulsifs durer pendant quatre, cinq ou six minutes, avec une grande intensité; ils sont fréquents, et dans l'intervalle qui les sépare, la femme est plongée dans une torpeur que ne peuvent interrompre tous les excitants externes. L'époque à laquelle la mort arrive est alors très-variable. C'est, en général, entre douze et quarante heures après l'invasion des premiers accidents. Mais quelquefois, elle est beaucoup plus prompte et survient dès le début des accidents. La tête commençait à distendre le périnée et à apparaître à la vulve, dit M. Depaul, rien ne faisait craindre une issue funeste, lorsque tout à coup je remarque dans la figure de la malade un changement caractérisé par des mouvements convulsifs, certaines grimaces, signes avant-coureurs de l'éclampsie et immédiatement la femme meurt.

L'enfant fut extrait vivant par le forceps, mais mourut quelques instants après de convulsions éclamptiques.

La mort du reste peut survenir pendant la période convulsive comme pendant la période du coma. Dans le premier cas, elle est évidemment due à l'asphyxie produite elle-même par la paralysie ou plutôt par la contraction permanente des muscles de la poitrine et de la glotte (1); dans le second, elle est le résultat de la congestion cérébrale, et quelquefois même d'une véritable apoplexie.

Enfin rien ne répugne d'admettre, avec M. Aran, que la mort peut résulter d'un arrêt subit dans les mouvements du cœur (2).

L'éclampsie qui n'est pas assez grave pour entraîner la mort peut causer plusieurs maladies fort graves. Lorsque l'éclampsie se montre dès le début du travail, les contractions violentes de l'utérus peuvent, quand elles surviennent avant une dilatation suffisante du col, causer une rupture de l'organe. On conçoit que les troubles de l'hématose puissent occasionner la congestion cérébrale, et que l'engorgement des vaisseaux cérébraux soit tel, qu'il en résulte une rupture vasculaire, un épanchement apoplectique, et, par suite, l'hémiplégie. Cette lésion anatomique peut succéder aux premiers accès chez les femmes pléthoriques, et c'est probablement ainsi qu'il faut interpréter la plupart des faits observés et décrits par M. Menière, sous le nom d'apoplexie puerpérale, Le *raptus hæmorrhagicus* peut se faire vers le poumon et produire la congestion de cet organe.

Comme conséquence possible de cet état de congestion du cerveau et de ses enveloppes, il faut encore noter un état d'irritation qui cause et entretient pendant plus ou moins longtemps un délire complet ou incomplet, et parfois même les caractères d'une véritable méningite ou méningo-encéphalite. Parmi les sept femmes éclamptiques traitées dans le service de la Clinique d'accouchement pendant que j'en étais chargé, quatre nous ont offert après la cessation complète du coma, des symptômes évidents de méningite, deux ont succombé, et les caractères anatomiques de cette dernière affection ont pu être constatés à l'autopsie.

Enfin, indépendamment de ces complications si fâcheuses, et qui constituent autant de maladies nouvelles que le médecin doit combattre, il en est une autre

(1) Cette asphyxie pourrait être aussi, d'après la remarque de Boër, la conséquence de l'obstruction des ramifications bronchiques, dans lesquelles il s'accumule quelquefois une quantité considérable de mucosités écumeuses.

(2) Le cœur, dit M. Aran, est un organe musculaire, et comme tel il peut être certainement frappé dans son innervation et dans les propriétés qu'il possède en tant qu'agent contractile, c'est-à-dire dans une irritabilité, dans sa motricité, dans sa ténacité.

Qui ne comprend, par exemple, que si le cœur, que l'on voit parfois se déchirer dans sa contraction, venait à être paralysé par l'interruption de l'action nerveuse, ou par la perte de quelques-unes de ses propriétés musculaires, la mort serait immédiate? Ne le serait-elle pas également, si, au lieu de cesser sa contraction, il se trouvait frappé de contracture, comme cela arrive à quelques-uns de nos muscles extérieurs? Ne pourrait-on pas supposer que plusieurs névroses convulsives, dans lesquelles la mort survient quelquefois subitement, l'épilepsie, l'éclampsie, le spasme de la glotte, etc., ne tuent pas tant par le défaut d'hématose que par la suspension complète et immédiate des battements du cœur?