et ami le docteur Fournier (thèse de concours). Or, s'il en est ainsi, que peut-on conclure des faits si rares dans lesquels l'éclampsie n'a été ni précédée ni accompagnée d'albuminurie ?

« 2° Lorsqu'à l'autopsie les reins n'offrent aucune altération, peut-on dire encore que l'éclampsie est la conséquence de l'albuminurie ? »

J'ai déjà répondu à cette objection : Oui, si l'on tient compte, ce qu'il faut faire, de l'altération générale des liquides; oui encore, si le microscope n'a pas été employé, car lui seul peut permettre de dire aujourd'hui qu'il n'existe aucune altération rénale.

« 3° On connaît la difficulté et la rareté des guérisons dans la maladie de Bright; comment expliquer, si l'albuminurie puerpérale tenait à la même cause, la prompte disparition de l'albumine après l'accouchement, et la guérison rapide des malades ? »

Il est vrai que, dans un certain nombre de cas, l'albuminurie cesse assez rapidement; mais en général il n'y a pas eu d'éclampsie, ou au moins les malades ont guéri; et, comme je l'ai dit, il est probable que l'altération du sang était peu prononcée, et que la congestion active ou passive des reins, produite par la gêne de la circulation veineuse, a contribué, pour une certaine part, à la production de l'albuminurie. On conçoit alors que, après l'accouchement, une des causes cessant, l'autre soit insuffisante à entretenir le trouble fonctionnel; mais il n'est pas vrai de dire qu'en dehors de ces conditions favorables, l'albuminurie cesse en quelques heures. J'ai déjà cité la statistique de M. Imbert-Gourbeyre. Il en résulte évidemment que lorsque la maladie se termine par la mort, l'albumine persiste jusqu'à la fin; que dans un certain nombre de cas, dont le chiffre augmentera probablement, lorsqu'on suivra les malades avec plus de soin, elle passe à l'état chronique. J'aurais pu ajouter, avec M. Wieger, que, pour les cas non mortels, la durée de l'albuminurie est, en moyenne, de huit à dix jours après l'accouchement.

Comme on le voit, ces objections n'ont pas une grande valeur, et ne sont pas de nature à infirmer toutes les bonnes raisons qui militent en faveur de notre opinion.

Nous ne voudrions pas nier d'une manière absolue la possibilité de voir des convulsions d'*apparence éclamptique* survenir chez une femme en travail qui n'offrirait ni albuminurie, ni aucun des symptômes de la maladie de Bright. Nous croyons, en effet, que dans quelques cas très-rares l'irritation réflexe produite par un travail excessivement pénible, ou la congestion violente des veines rachidiennes produite par les efforts excessifs auxquels se livre la femme, peuvent surexciter la moelle outre mesure et produire des convulsions partielles et même des convulsions générales. Mais nous considérons ces cas comme très-exceptionnels; nous serions même très-disposé à ne pas les ranger sous le titre d'éclampsie, et à les considérer comme de simples convulsions hystériques ou autres. C'est au moins l'impression que nous ont laissée les deux faits semblables que nous avons observés, et la lecture des observations publiées me porte à croire que dans la plupart de ces cas on n'a pas eu affaire à de véritables éclampsies.

§ VIII. — Traitement.

Le traitement de l'éclampsie doit être nécessairement distingué en traitement préventif et en traitement curatif.

1° Traitement préventif.

Nous avons assez insisté sur l'étiologie de l'éclampsie pour bien faire comprendre l'importance que nous attachons à l'albuminurie, ou plutôt à la maladie dont elle est le symptôme. La présence de l'albumine dans l'urine d'une femme enceinte démontre chez elle une prédisposition des plus marquées aux convulsions puerpérales, et le meilleur traitement préventif serait celui qui aurait pour résultat de modifier avantageusement l'état du sang, ou d'améliorer l'affection rénale dont l'albuminurie paraît être la conséquence. Malheureusement les essais thérapeutiques, tentés jusqu'à présent en dehors de l'état puerpéral, n'ont donné que des résultats peu concluants. La médication tonique paraît cependant avoir eu quelquefois une influence assez heureuse pour encourager à faire de nouvelles expérimentations, surtout pendant la grossesse, durant laquelle, ainsi que nous l'avons vu, la diminution de l'albumine s'accompagne de la diminution de tous les principes solides du sang. C'est donc à une alimentation animale, à la médication ferrugineuse, que j'aurais volontiers recours dans un cas d'albuminurie compliquant la grossesse.

Les recherches récentes de M. Mialhe, ayant démontré que l'excès d'eau dans le sang est une des causes les plus influentes de l'albuminurie, sont évidemment de nature à nous faire persister dans les conseils thérapeutiques que nous avons donnés depuis longtemps.

Mais, nous l'avons déjà fait remarquer, les convulsions ne se manifestent presque jamais, chez une femme enceinte albuminurique, qu'autant qu'une circonstance accidentelle, vient, pour ainsi dire, en solliciter la manifestation. Le plus souvent elles sont liées à des congestions cérébro-spinales dues à des circonstances accidentelles, à la pléthore séreuse, ou à la gêne mécanique que rencontre, pendant la grossesse et le travail, la circulation veineuse : c'est donc à prévenir cette congestion qu'on doit d'abord s'appliquer. C'est à ce titre que, parmi les moyens préventifs, la saignée doit être placée au premier rang. On pourra la pratiquer plusieurs fois pendant les derniers mois de la grossesse chez les femmes qui accuseront quelques symptômes propres aux congestions cérébrales [1]; mais elle pourra aussi être pratiquée avec le plus grand succès chez

[1] Pour faire comprendre l'importance de la saignée comme moyen préventif, Devees rapporte le fait suivant :

Une dame primipare qui, vers la fin de sa grossesse, éprouvait de fréquentes douleurs de tête, négligea de se faire saigner, et éprouva, dès le début du travail, une attaque d'éclampsie grave, à laquelle toutefois elle survécut. Pendant sa seconde grossesse, elle fut saignée assez abondamment et accoucha sans accidents. 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.

les femmes infiltrées, surtout dès que les phénomènes précurseurs de l'éclampsie se manifesteront. Chez ces dernières, on devra encore mettre en usage les moyens propres à diminuer le volume des parties distendues par l'infiltration, tels que les dérivatifs sur le canal intestinal et l'appareil urinaire, les applications de compresses trempées dans de l'eau froide ou dans une décoction aromatique, enfin les mouchetures pratiquées avec la lancette. Les femmes nerveuses, irritables, à fibres sèches, se trouveront également bien d'une petite saignée du bras, de bains tièdes souvent répétés pendant les derniers mois de la grossesse. Elles éviteront avec le plus grand soin toutes les émotions morales vives, etc.

Les diurétiques ne doivent être employés qu'avec une certaine réserve, car si dans certains cas ils ont été utiles, ils peuvent dans d'autres avoir une influence fâcheuse sur les progrès de la maladie. En général, quand la quantité de l'urine excrétée n'est pas diminuée, il ne faut pas les employer; car en augmentant la sécrétion urinaire, on augmenterait la déperdition d'albumine, et par conséquent l'appauvrissement du sang; mais quand la malade urine peu, il est important d'augmenter la sécrétion, afin d'empêcher les principes de l'urine de se mêler au sang et de diminuer ainsi les chances d'intoxication urémique. Les préparations de scille, de digitale, la reine-des-prés, le genièvre, seront alors utilement employés.

Après la saignée et les purgatifs, MM. Collins et Johnson vantent beaucoup l'émétique administré de manière à produire des nausées sans vomissement. Dans ce but on donne chaque demi-heure une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Eau de pouliot	90 grammes.
Émétique	40 centigrammes.
Teinture d'opium	30 gouttes.
Sirop simple	10 grammes.

La quantité d'émétique est augmentée ou diminuée, suivant l'intensité des symptômes et l'imminence de la maladie. La même potion est aussi fortement conseillée comme moyen curatif, après l'invasion des accès éclamptiques.

Bien que l'accouchement ne mette pas fin d'une manière certaine aux accès d'éclampsie, il n'en est pas moins vrai que souvent les accès se ralentissent et disparaissent après la délivrance. Aussi, les accoucheurs sont unanimes pour reconnaître que l'accouchement est une circonstance favorable dans l'éclampsie. On doit donc se demander si pour arrêter une albuminurie gravidique et prévenir des convulsions possibles, on ne doit pas songer à l'accouchement prématuré? Cette question a presque toujours été résolue par la négative. En effet, les observations ne manquent pas pour démontrer qu'après un traitement convenable surtout après l'emploi des saignées, l'albuminurie peut diminuer, que l'éclampsie même, après avoir éclaté, peut disparaître, et il n'est pas rare de voir dans ces circonstances la grossesse continuer son cours et se terminer par un accouchement heureux. Ces réflexions, jointes à la remarque que des femmes albuminuriques à un haut degré n'ont pas été atteintes d'éclampsie, indiquent qu'on ne doit aborder qu'avec une grande réserve la question de l'accouchement prématuré comme traitement préventif de l'éclampsie; nous croyons cependant que l'accouchement prématuré artificiel pourrait rendre quelques services dans des cas exceptionnels. Supposons d'abord une femme enceinte de huit mois, albuminurique, menacée d'éclampsie, chez laquelle le travail commencerait prématurément et spontanément. Il est bien certain que cette dernière circonstance paraîtrait favorable à la majorité des accoucheurs et que rien ne serait tenté pour arrêter l'accouchement. Ceci admis on sera bien près d'accepter l'accouchement provoqué. Il ne faut pas croire d'autre part, que l'éclampsie attend le travail pour éclater et que les accidents surgiront presque à coup sûr avec l'accouchement. Souvent au contraire, l'éclampsie débute avant la fin de la grossesse, le travail ne survient qu'après, et encore le pronostic devient d'autant moins grave que l'accouchement est plus avancé. Pour toutes ces raisons nous croyons qu'il ne faut pas repousser d'une manière absolue l'accouchement prématuré; mais pour qu'on soit autorisé à proposer cette opération nous demandons la réunion des conditions suivantes : 1° que la grossesse ait atteint la fin du huitième mois afin que l'enfant nouveau-né puisse s'élever sans trop de difficultés ; 2° que l'albuminurie soit parvenue à un haut degré ou que la malade ressente quelque signe précurseur de l'éclampsie ; 3° que la femme soit primipare ou qu'elle ait été atteinte d'éclampsie à un accouchement précédent ; 4° qu'on ait constaté l'inefficacité du traitement médical, et en particulier de la saignée. Dans ces conditions l'accouchement prématuré me paraît rationnel, et je me déclare disposé à y a avoir recours, à moins que des faits ultérieurs ne viennent donner un démenti formel à ma manière de voir.

Pendant le travail, l'accoucheur s'appliquera à prévenir l'influence de toutes les causes de dystocie : si les contractions prennent le caractère de douleurs irrégulières tétaniques, il s'empressera, par des bains, des opiacés, la belladone, la saignée du bras, de les ramener à leur type normal et régulier ; car on sait que, pour une femme nerveuse et irritable, l'agitation excessive que produisent ces douleurs est souvent le prélude de l'éclampsie.

Inutile de rappeler l'influence favorable que pourront alors exercer les inhalations du chloroforme, tant en modifiant le caractère des contractions qu'en diminuant l'irritabilité des centres nerveux.

Il faudra, dès le début du travail, avoir la précaution de vider la vessie, le gros intestin, et, en sollicitant les vomissements, débarrasser l'estomac des aliments indigestes dont on pourrait redouter l'influence.

Toutes ces précautions devront surtout être prises quand la femme à qui l'on donne des soins a déjà éprouvé des convulsions dans ses accouchements antécédents; car elle est, par cela même, prédisposée à en avoir encore.

Après l'accouchement, on préviendrait souvent cet accident en explorant attentivement, après l'expulsion de l'enfant et du placenta, l'état de l'utérus en s'assurant qu'il est bien revenu sur lui-même, qu'il ne contient pas de corps étranger, tels que caillots ou portions de membranes ou de placenta.

2° Traitement curatif.

Le traitement curatif se compose de moyens généraux ou applicables dans tous les cas, et de moyens spéciaux, qui doivent varier suivant l'époque à laquelle se manifestent les convulsions puerpérales.

A. *Moyens généraux.* — Au premier rang des moyens curatifs, il faut placer les émissions sanguines, qui ont été pratiquées sous toutes les formes. C'est donc à elles qu'il faudra d'abord avoir recours; mais plusieurs questions importantes, sous le point de vue pratique, se présentent à résoudre dans l'emploi de ce moyen. Faut-il pratiquer la saignée générale ou la saignée locale? Quelle veine faut-il ouvrir? Quelle quantité de sang faut-il retirer?

« Après avoir vu employer, dit M. Depaul, et après avoir employé moi-même, » dans des cas très-nombreux, les différents modes de traitement qui ont été con- » seillés contre l'éclampsie, je n'hésite pas, et cela avec une entière conviction, » à mettre en première ligne les émissions sanguines générales, portées assez loin, » pour faire perdre aux malades, dans l'espace de quelques heures, 1000 gram- » mes, 1500 grammes et 2000 grammes de sang, selon les cas et l'effet pro- » duit. »

La saignée générale sera donc préférée d'abord dans l'immense majorité des cas, et ce ne sera que dans ceux où l'éclampsie aura succédé à une hémorrhagie abondante que l'application révulsive des sangsues ou des ventouses scarifiées sera mise en usage. Lorsqu'on a usé des saignées assez largement, et que pourtant le coma continue pendant tout l'intervalle des accès, et annonce une congestion intense vers l'encéphale, on pourra alors avec avantage placer des sangsues aux apophyses mastoïdes, à la nuque, et aussi peut-être autour des malléoles.

Les auteurs ont beaucoup discuté sur le vaisseau qu'il faut ouvrir. L'artériotomie de la temporale, la saignée du bras, du pied, de la jugulaire, ont été tour à tour préconisées. Quel que soit le vaisseau qu'on ouvre, les avantages sont à peu près les mêmes; mais comme la saignée du bras est beaucoup plus facile, comme on peut toujours obtenir autant de sang qu'on le juge convenable, c'est celle qui est généralement pratiquée, et celle aussi qu'il faut préférer.

Il est très-important que la veine soit largement ouverte, et que le sang coule à plein jet. S'il s'échappe en bavant, ou que le jet soit très-petit, dit Rhamsbotham, l'efficacité de la saignée est presque nulle, et il vaut mieux ouvrir immédiatement une autre veine.

La quantité de sang à tirer varie suivant la constitution de la malade, la violence des accès, etc. Chez les individus lymphatiques, il faudra, en général, se contenter d'une ou deux saignées de 400 à 500 grammes, et si, après cela, les accidents comateux continuent, et qu'on croie nécessaire d'insister sur les émissions sanguines, on devra se borner à appliquer quinze, vingt ou trente sangsues derrière chaque oreille.

Chez les femmes pléthoriques, on pourra, après une forte saignée (un demi-kilogramme), en pratiquer, deux ou trois heures après, une seconde de 300 à 400 grammes, peut-être encore une troisième; mais rarement devra-t-on s'en permettre une quatrième, et, de préférence, on pourra appliquer des sangsues aux mastoïdes, ou des ventouses à la nuque.

La saignée a le double avantage de faire cesser la congestion ou l'irritation dont

la moelle peut être le siége, et de prévenir en même temps la congestion cérébro-spinale qui se produit pendant l'accès, et peut occasionner des désordres quelquefois mortels, ou du moins devenir la cause indirecte de nouveaux accès.

La saignée générale, même portée au point d'affaiblir beaucoup la malade, n'est pas un moyen sûr de prévenir la congestion cérébrale, et même l'épanchement; car ces altérations anatomique ont été constatées chez les femmes mortes après d'abondantes émissions sanguines obtenues par la lancette. D'un autre côté, poussée au delà de certaines limites, elle pourrait bien devenir elle-même une cause nouvelle d'excitation pour la moelle épinière, comme cela s'observe à la suite des grandes hémorrhagies, dont les symptômes ultimes sont presque toujours ceux des convulsions. C'est surtout pour remédier à leur insuffisance, et pour prévenir l'influence fâcheuse qu'elles pourraient avoir, qu'on se servira avec avantage des sangsues ou des ventouses scarifiées, appliquées à la nuque ou derrière les oreilles.

Si la gravité des accidents, la crainte des congestions et des épanchements vers le cerveau et la moelle épinière autorisent souvent des saignées, il ne faut pas oublier pourtant que l'appauvrissement considérable du sang chez la plupart des éclamptiques est une contre-indication aux émissions sanguines trop abondantes. Saigner assez pour faire cesser la congestion des centres nerveux, et prévenir les suffocations sanguines et les épanchements apoplectiques, est donc une chose utile, mais aller trop loin dans cette voie serait s'exposer aux conséquences les plus graves.

En même temps qu'on emploie la saignée, il faut chercher à produire une dérivation salutaire sur le canal intestinal et sur la peau.

Nous avons déjà dit (voy. *Traitement préventif*) que MM. Colins et Jonhson avait préconisé l'emploi de l'émétique à haute dose. Ce médicament administré à doses rasoriennes a même donné de bons résultats dans l'éclampsie confirmée, entre les mains du docteur Legroux. J'en ai moi-même retiré un excellent effet dans un cas grave. Malheureusement l'action salutaire de l'émétique n'est pas constante.

Les vomitifs, en général, me paraissent devoir être proscrits pendant l'accès, comme propres à augmenter les mouvements convulsifs et la congestion cérébrale par les efforts de vomissements qu'ils déterminent. Cependant si l'on avait quelque raison pour croire que le séjour dans l'estomac d'aliments mal digérés est pour quelque chose dans la production des accidents, on devrait en solliciter le vomissement, soit mécaniquement par des titillations sur la luette, soit par l'administration d'un émétique.

Les purgatifs sont toujours préférables, surtout quand des matières durcies remplissent le gros intestin.

Si la malade recouvre la connaissance entre les accès, et qu'on puisse la faire boire, on pourra donner par la bouche de l'huile de ricin, à la dose de 32 ou 64 grammes, ou mieux encore du calomélas à la dose de 10 centigrammes tous les quarts d'heure, jusqu'à effet purgatif. Si, au contraire, la malade ne peut

pas boire, il faut avoir recours à un moyen conseillé par Merriman : c'est de placer entre les lèvres et les arcades alvéolaires, ou bien dans la bouche, un mélange de poudre de calomel et de sucre à parties égales, et de le renouveler jusqu'à ce qu'on obtienne plusieurs selles. M. le professeur Paul Dubois fait prendre à ses malades un purgatif composé de calomel et de jalap, 60 centigrammes de chaque, divisé en six doses administrées d'heure en heure. Si ce dernier moyen était sans résultat, il faudrait agir sur la partie inférieure du canal intestinal, en administrant des demi-lavements que l'on aurait rendus purgatifs par l'addition de 50 à 60 grammes d'huile de ricin, de miel de mercuriale, et, au besoin, en y incorporant quelques gouttes d'huile de croton ou d'épurge.

Il suffit que, dans quelques cas, la distension excessive de la vessie ait paru être la cause déterminante de l'accès, pour qu'on doive toujours s'assurer, par la percussion, de l'état de la vessie ; et si par hasard on la trouvait distendue, il faudrait immédiatement pratiquer le cathétérisme.

Les sinapismes successivement appliqués sur les cuisses, les mollets et les pieds; les vésicatoires, les ventouses sèches, placés à la nuque et aux extrémités inférieures, sont des moyens sur lesquels il ne faut pas assez compter pour les employer seuls, mais qu'il est impossible de négliger. Je les applique, dit M. Velpeau, aux deux cuisses et à la nuque, afin que leur action se développe pendant qu'on s'occupe de la saignée ou des sangsues. Ils m'ont surtout paru utiles, dit M. Prestat, chez les femmes infiltrées; seulement on est obligé, dans les jours suivants, de surveiller leur action, dans la crainte que leur surface ne se gangrène.

Au premier rang des révulsifs, et comme le plus puissant et le plus promptement actif, je placerai l'application sur les membres inférieurs des grandes ventouses du docteur Junod. Dans un cas d'éclampsie survenue cinq heures après la délivrance, les accidents duraient depuis treize heures, et l'état de la malade devenait de plus en plus grave, malgré l'emploi de tous les moyens dont je viens de parler : dès la première application, les accès convulsifs cessèrent; à la seconde, le coma devint moins profond; à la troisième, la malade reprit connaissance. Dans trois autres cas, l'effet n'a pas été si prompt, mais elles ont paru avoir encore une heureuse influence.

Ces ventouses seront surtout appliquées avec succès, lorsque, malgré les saignées générales faites largement, les applications de sangsues ou de ventouses scarifiées n'auront pas fait cesser les accidents. Elles ont alors l'immense avantage de s'opposer à la cause qui semble pousser les liquides vers le cerveau, en maintenant dans les membres inférieurs une grande quantité de sang.

Les aspersions froides sur la face et la poitrine, les chatouillements à l'intérieur des narines, ont eu quelquefois pour résultat de rendre l'inspiration plus facile et plus complète, et d'éloigner beaucoup les accès convulsifs. Harvez cite une femme en travail que le chatouillement de l'intérieur des narines réveilla d'un état comateux des plus approfondis. Denman rapporte l'histoire d'une dame chez laquelle les convulsions se répétaient à chaque douleur, et chez laquelle il les fit cesser jusqu'à la fin du travail, en aspergeant la face, au commencement de

chaque contraction, avec un petit plumeau trempé dans l'eau froide. C'est, du reste, un moyen trop innocent, s'il n'est pas utile, pour ne pas y avoir recours.

Depuis l'introduction des anesthésiques dans la pratique obstétricale, plusieurs accoucheurs ont cru devoir employer les inhalations anesthésiques contre l'éclampsie. Comptant sur la propriété qu'ont l'éther et le chloroforme d'anéantir l'action des muscles de la vie animale, ils ont espéré qu'ils agiraient de même sur les contractions involontaires et spasmodiques qui résultent des convulsions puerpérales.

A priori nous étions disposé à les rejeter dans le traitement d'une maladie qui se complique si souvent de congestion cérébrale et même d'apoplexie. Peut-être est-ce avec un esprit prévenu que nous avions lu et analysé la plupart des observations publiées. Aussi, dans notre dernière édition, avions-nous proscrit leur usage dans la plupart des cas, excepté celui dans lequel le début de l'éclampsie paraît se rattacher à l'irritation toute locale d'un organe, dont l'excessive sensibilité aurait réveillé l'action réflexe des nerfs spinaux. Des faits nouveaux publiés par plusieurs de nos collègues, ceux que nous avons pu observer nous-même, ont singulièrement modifié notre opinion : nous sommes aujourd'hui convaincu que lorsque l'éclampsie survient, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, alors que la non-dilatation ou la non-dilatabilité du col rend impossible la terminaison de l'accouchement, alors que les accès, après avoir résisté aux saignées et aux révulsifs, sont très-rapprochés et menacent, par leur intensité toujours croissante, les jours de la mère et du fœtus, nous sommes convaincu que l'emploi du chloroforme peut rendre quelques services. Nous l'avons vu chez deux femmes suspendre complétement les accès convulsifs : dans un de ces cas, l'éclampsie avait résisté à deux saignées, aux purgatifs administrés par la bouche et le rectum, etc., etc. Le col n'était pas suffisamment dilaté. A cinq heures du matin j'eus recours au chloroforme. Je renouvelai les inhalations au début de chaque doulenr, et jusqu'à neuf heures, époque à laquelle il me fut possible d'appliquer le forceps, pas un accès ne se manifesta. Après l'accouchement, je crus devoir cesser les inhalations. La femme reprit incomplétement connaissance. Quelques tentatives infructueuses furent faites pour extraire le placenta, et quand, une henre après la naissance de l'enfant, l'extraction du délivre fut pratiquée, un nouvel accès se manifesta. Immédiatement je repris le chloroforme, et la convulsion cessa pour ne plus se reproduire. Il est vrai que de courtes inhalations furent encore faites, à plusieurs reprises, pendant la première heure qui suivit. La mère et l'enfant sortirent sains et saufs de cette affreuse crise. Je pourrais emprunter à la thèse de M. Blot et à d'autres quelques faits semblables; mais je n'insisterai pas davantage sur ce point, me réservant de traiter ce sujet avec plus de détails dans le chapitre spécial consacré à l'étude de l'anesthésie obstétricale (voy. *Opération*).

Tels sont les moyens qu'il faut d'abord mettre en usage; mais il en est quelques autres qui, sans avoir la même efficacité, peuvent cependant être très-utiles. C'est ainsi que, lorsque les intervalles des accès sont au moins d'une heure, et