

*Sur l'éclampsie des femmes enceintes, nécessitant la ponction des membranes, et quelquefois l'hystérotomie;* par M. le docteur GODÉMER, médecin de l'hôpital civil d'Ambrières. (Mayenne.)

Dans l'éclampsie, les saignées et les révulsifs sont les seuls moyens que tout praticien doit mettre en œuvre; mais quand les saignées et les révulsifs n'enlèvent pas les convulsions, ou du moins ne diminuent pas les accidents, il est de précepte de rompre les membranes et de se hâter ou de faire la version, ou d'appliquer le forceps, suivant les circonstances. Il faut donc que les saignées et les révulsifs aient été mis en usage avant de tenter la rupture des membranes. La rupture de ces membranes peut être naturelle ou accidentelle; naturelle, quand elle est déterminée par les seules ressources de la nature, accidentelle quand elle est le résultat des manœuvres du chirurgien.

Dix-huit cas d'éclampsie se sont présentés à mon observation; j'ai toujours débuté dans le traitement de ces maladies par les saignées et par les révulsifs; sur bien des sujets ces moyens ne m'ont pas réussi. Six fois seulement ils ont été couronnés de succès, tandis que la rupture des membranes a rarement trompé mes espérances.

Trois observations seront suffisantes pour donner une idée précise du mode de traitement que je mets en pratique dans l'éclampsie. La narration d'un plus grand nombre de cas ne serait qu'une répétition; seulement je choisirai des femmes atteintes d'éclampsie à cinq mois et demi de grossesse; à six mois, à presque neuf mois, et cela afin de donner un champ d'observation plus complet.

Obs. I. — La femme Grandin, âgée de vingt-cinq ans, d'une taille moyenne, robuste, sanguine, enceinte de cinq mois et demi, à la suite d'une fatigue extrême, éprouve les accidents suivants: raideur tétanique des membres, suivie alternativement de contractions énergiques de tous les muscles; perte des sens; vomissements, émissions involontaires des urines; pouls petit, intermittent; flexion du rachis tantôt en avant, tantôt en arrière; les yeux tantôt fixes, tantôt d'une mobilité extrême; la bouche écumante. Ces accidents duraient depuis cinq jours consécutifs quand je fus appelé près de la malade: ils étaient suivis d'une prostration extrême et d'un coma profond.

Une saignée de six cents grammes fut pratiquée, de la glace fut mise sur la tête et renouvelée toutes les deux heures; un large vésicatoire fut posé à chaque cuisse; douze sangsues furent placées au siège; on appliqua des cataplasmes émollients très-

chauds sur l'abdomen et des sinapismes aux pieds; on donna pour boisson de l'eau de tilleul.

Le lendemain rien n'était changé.

Le troisième jour l'état de la malade étant toujours le même, et, n'ayant trouvé l'orifice utérin dilaté que pour recevoir deux doigts, je rompis les membranes avec la sonde à dard; les eaux s'écoulèrent, les accès d'éclampsie furent plus rares. La journée, la nuit, le lendemain, se passèrent de même.

Le lendemain au soir aucun changement, point de commencement dans le travail, toujours même dureté et même rigidité du col; rien ne fait présumer une terminaison désirable; les accidents redoublent d'intensité.

La femme Grandin et l'enfant qu'elle portait allaient périr: il ne restait d'espoir que dans l'hystérotomie; je fus loin de balancer un instant: cette opération fut pratiquée en douze minutes et trois secondes.

Un enfant du sexe masculin fut amené vivant. L'opération et ses suites ne présentèrent rien de remarquable. L'enfant vécut treize heures. Trente-trois jours après la femme Grandin était en pleine convalescence.

Obs. II. — Le 5 novembre 1832, je fus appelé près de la femme Lerey, petite, maigre, nerveuse, âgée de vingt-huit ans, enceinte de six mois. A mon arrivée, je fus témoin de l'accès suivant: raideur tétanique des membres, suivie alternativement de contractions énergiques de tous les muscles; perte de sens; hoquets, palpitations, émissions involontaires des urines; lèvres écumeuses; pouls obscur, serré; pupilles dilatées, yeux tantôt fixes, tantôt d'une mobilité effrayante; le tronc courbé en avant. L'accès dura vingt-trois minutes, et fut suivi d'une grande faiblesse et d'un coma profond. Depuis douze jours, la femme Lerey était sept ou huit fois par jour en proie à ces sortes d'accès.

Je fis une saignée de six cent cinquante grammes; je prescrivis en outre des applications de douze sangsues aux cuisses, de vésicatoires aux jambes, de sinapismes aux pieds, de glace sur la tête (cette dernière application renouvelée de deux heures en deux heures) et de cataplasmes émollients sur l'abdomen.

Le lendemain, bien qu'il y eut du mieux, tous les symptômes semblaient s'aggraver. Même prescription que la veille.

Le soir, ne voyant aucun changement, j'ouvris les membranes avec la sonde à dard; les eaux s'écoulèrent bien; quelques heures après (huit heures), les accès deviennent plus fréquents, tout semble présager une mort certaine: le col était dur et long; l'orifice permettait à peine l'introduction de deux doigts. Je ne vis de possible et de raisonnable que l'opération de l'hystérotomie vaginale, opération à laquelle j'eus recours sur-le-champ. Sa durée fut de quatorze minutes; son résultat fut un enfant

du sexe masculin, qui ne vécut que deux heures trente-sept minutes. Quarante-un jours après, la femme Lerey pouvait vaquer à ses occupations journalières.

Obs. III. — Madame B..., d'Ambrières, d'un tempérament lymphatique, âgée de dix-neuf ans, est enceinte pour la première fois. Elle a atteint le terme de sa grossesse, moins une douzaine de jours. Pendant un incendie qui dévorait une partie de sa fortune, elle tombe sans connaissance et comme morte. Arrivé près d'elle, je fus témoin d'un accès d'éclampsie : perte de sens; raideur tétanique des membres, suivie alternativement de contractions violentes des mêmes parties; vomissements; émissions involontaires des urines; bouche écumeuse; yeux tantôt fixes, tantôt mobiles; pouls petit, concentré; le tronc courbé tantôt en avant, tantôt en arrière.

Sur-le-champ, je fis une saignée de six cents grammes au bras; une heure après, quinze sangsues furent placées au siège; je fis mettre en outre un vésicatoire à chaque cuisse, de la glace sur la tête (renouvelée toutes les deux heures), des cataplasmes émollients très-chauds sur le ventre, des sinapismes aux pieds.

Appelé de nouveau au milieu de la nuit, je fus témoin, dans l'espace de trente-une minutes, de deux accès violents, et j'appris que, depuis ma première visite, les accidents avaient augmenté d'heure en heure, malgré le traitement employé.

La position étant critique, j'ouvre les membranes avec la sonde à dard. Comme par enchantement, plus d'éclampsie, et cela pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, un accès survient et semble déterminer les douleurs de l'enfantement. En effet, vingt-cinq minutes après cet accès, madame B... mit au monde un enfant du sexe féminin, bien vivant. Cet enfant, qui a maintenant sept ans, jouit d'une bonne santé. Madame B... a eu deux enfants depuis cette époque; mais jamais l'éclampsie n'a reparu.

Avant de pratiquer l'opération, je fis mettre la femme Grandin pendant six minutes dans un bain chaud; au sortir du bain, elle fut placée sur un lit, les jambes et les cuisses fléchies. Un bistouri droit, boutonné, fut porté le long de l'indicateur dans l'orifice du col, et trois incisions verticales faites, l'une sur la partie antérieure, les deux autres sur les parties latérales du col utérin, produisirent une dilatation sensible. La quantité de sang perdue pendant cette opération me parut pouvoir être évaluée à 40 grammes. Mon bistouri était à peine retiré que le pied droit se présenta accompagné de la main du même côté, et d'une anse du cordon ombilical. Il y avait inertie complète de la matrice; les accès d'éclampsie ne s'étaient pas renouvelés depuis le commencement de l'opération.

Après avoir rentré d'abord le cordon ombilical, ensuite la main, et cela dans l'ordre de leur sortie, je fus chercher d'abord le pied gauche: les deux pieds obtenus, je fis des tractions légères de droite à gauche, les épaules se présentèrent de suite; je fis toujours des tractions, les bras se dégagèrent seuls; la tête franchit rapidement, une fois les bras sortis. L'expulsion du placenta ne se fit pas attendre,

elle eut lieu de suite. Il s'éconla, depuis la sortie du bain jusqu'à l'expulsion du placenta, douze minutes trois secondes. Des bains de siège répétés tous les deux jours, des injections émollientes deux fois par jour, la diète les premiers jours, puis une nourriture fortifiante prise en petite quantité et souvent, le repos le plus absolu, amenèrent au bout de trente-trois jours l'état le plus satisfaisant.

Le même mode d'opérer fut suivi pour la femme Lerey: seulement, au lieu de trois incisions, il n'en fut pratiqué que deux: l'une sur la partie latérale droite, l'autre sur la partie latérale gauche du col utérin. La quantité de sang perdue me parut pouvoir être évaluée à 50 grammes. Les accès d'éclampsie ne furent ni plus rares, ni moins violents. La malade avait la figure très-injectée, les yeux vifs, mobiles; son agitation était extrême. Cette opération pratiquée, la tête se présenta; l'enfant fut expulsé, ainsi que le placenta, par les seules ressources de la nature. Les douleurs se succédèrent rapidement; la sortie du fœtus et du placenta s'opéra dans l'espace de quatorze minutes. Le lendemain, la fièvre était violente, le ventre sensible, la langue rouge, la soif vive. Quinze sangsues au siège firent cesser tous les accidents inflammatoires commençants.

Comme pour la femme Grandin, le traitement consista en des bains de siège tous les deux jours, en des injections émollientes tous les jours; la diète la plus sévère les premiers jours, ensuite une bonne nourriture prise en petite quantité et souvent; le repos le plus absolu. Quarante jours après la femme Lerey était parfaitement guérie.

Il est difficile de rencontrer des exemples d'éclampsie d'un intérêt plus grand: jamais caractères de maladie n'ont été plus tranchés, jamais aussi médication plus active ne put être mise en usage.

Les auteurs qui traitent de l'accouchement n'indiquent pas d'une manière précise les règles à suivre dans le traitement de l'éclampsie; ils avouent par là que l'expérience et la comparaison des faits déjà observés doivent servir de guide au praticien, et que, suivant les circonstances dans lesquelles il se trouve, il doit ou temporiser ou agir. Pouvait-il en être autrement jusqu'à ce qu'une masse imposante de faits permit d'établir des principes fixes, invariables?

Malheureusement cela n'est pas encore possible. Cependant, dans le traitement à suivre dans cette affection, la science a fait des progrès. Ainsi, il est bien reconnu qu'après l'écoulement des eaux, les accès d'éclampsie deviennent plus rares: d'où je conclus que, dans cette maladie, il faut se presser d'ouvrir les membranes.

Toutes les fois que l'éclampsie est rebelle aux saignées et aux révulsifs, il ne faut point balancer à ouvrir les membranes, car presque toujours il en résulte, au moins pendant quelques heures, de la diminution dans les accidents. La femme Grandin et mad. B... nous en fournissent des preuves remarquables. Les accès étant moins fréquents après l'écoulement des eaux, il est évident que la distension de l'utérus est la cause ou qui entretient ou qui détermine cette affection.

Deux fois seulement j'ai vu les accès d'éclampsie

continuer et même redoubler après l'écoulement des eaux ; deux femmes ont succombé , l'une pendant la délivrance, l'autre vingt-cinq minutes après avoir été délivrée.

Il est encore bien reconnu , qu'une fois la poche des eaux ouverte , il faut attendre plusieurs heures avant que de tenter la version du fœtus ; mais pour accorder ce temps à la matrice, dont tous les efforts tendent à se délivrer du produit qu'elle contient, il faut que la femme soit dans des conditions favorables. Par exemple, il faut que les accès d'éclampsie aient diminué de beaucoup, s'ils n'ont pas disparu en entier ; il faut que l'inertie de la matrice ne soit pas opiniâtre ; il faut que la dureté et la rigidité du col ne soient pas invincibles ; il faut, en un mot, que la vie de la mère et celle de l'enfant ne soient pas compromises par cette temporisation.

La rupture des membranes ne lève pas toutes les difficultés ; elle offre seulement, au milieu de dangers sans nombre , une chance de succès. Quand l'éclampsie, après la sortie des eaux , n'a cédé en rien de son intensité ; quand le col ne présente aucune dilatation ; quand l'inertie de la matrice semble augmenter les accidents, que faire ? Pratiquer l'hystérotomie vaginale est la seule planche de salut. Ou faire cette opération , ou abandonner la malade à une mort certaine, telle est l'alternative rigoureuse contre laquelle il faut lutter. Dans une position aussi critique, au milieu de scènes de douleurs aussi nombreuses que déchirantes , il faut , comme je l'ai fait , pratiquer l'hystérotomie.

Je n'ai qu'à m'applaudir d'y avoir eu recours sur les femmes que je viens de citer , parce que ces femmes ont échappé à ce danger évident.

Ainsi , il faut , quand la version n'est pas praticable, avoir recours à l'hystérotomie vaginale.

Avant de finir je dois dire que chaque fois que j'ai traité une femme atteinte d'éclampsie, j'ai remarqué que les eaux de l'amnios étaient plus abondantes qu'elles ne le sont d'habitude (1).