

ECLAMPSIE POST-PARTUM,

Par M. MAYGRIER,

Accoucheur des hôpitaux de Paris.

Je viens vous communiquer un cas d'éclampsie post-partum que j'ai récemment observé dans mon service d'accouchements, à l'hôpital Lariboisière. La rareté de cette variété d'éclampsie, la gravité particulière du fait en question et son issue rapidement fatale me semblent dignes d'attirer l'attention de la Société.

Il s'agit d'une femme de 26 ans, enceinte pour la deuxième fois, la première grossesse s'étant terminée par un avortement de 2 mois et demi. Ses dernières règles dataient du 26 août 1897. Depuis un mois et demi, elle souffrait de céphalalgie et avait de l'œdème des membres inférieurs ; elle n'a consulté ni médecin ni sage-femme. Le 1^{er} juin, à minuit, elle ressent les premières douleurs de l'accouchement, et elle se présente à la Maternité de Lariboisière le 2 juin, à 2 h. 30 du matin.

A son entrée, la dilatation est complète ; l'enfant se présente par le sommet en O. I. D. P. et est vivant. On constate un œdème notable des membres inférieurs, de la vulve et de la paroi abdominale. Il est impossible à ce moment d'avoir de l'urine, même par le cathétérisme, pour en faire l'analyse.

La poche des eaux se rompt à 2 h. 40 ; le liquide amniotique est normal. A 3 h. 40, expulsion spontanée d'une fille vivante de 2980 gr. bien constituée. Délivrance naturelle et complète à 3 h. 45. Le placenta, qui pèse 450 gr., ne présente pas d'infarctus hémorrhagiques.

La femme n'a pas d'hémorrhagie *post-partum* ; elle se trouve très bien, et 2 heures 1/2 environ après sa délivrance, elle est transportée de la salle de travail dans celle des accouchées.

Vers 11 heures du matin, elle se plaint tout à coup de souffrir vivement de la tête et de l'estomac ; elle s'agite. A 11 heures 1/2, elle a une première attaque d'éclampsie, 8 heures donc après l'accouchement. L'urine, examinée seulement alors, contient des flots d'albumine.

Je vois la malade immédiatement après cet accès ; elle a recouvré sa connaissance, et répond, quoique avec difficulté, aux questions qu'on lui pose. J'ordonne de la redescendre à la salle de travail, où une surveillance constante sera plus aisée, et je prescris un lavement purgatif avec une goutte d'huile de croton, et l'administration fréquente de lait, à l'exclusion de tout autre aliment, au besoin à l'aide de la sonde. On ne pratique

pas de saignée, étant donné la perte sanguine physiologique qui a eu lieu au moment de l'accouchement.

Pendant que l'on effectue le transport de la femme, elle est prise sous nos yeux d'une seconde attaque, à la suite de laquelle elle reste dans un état d'assoupissement assez marqué.

Une troisième et une quatrième attaque ont lieu à 1 heure et à 2 h. 10. Pendant tout le temps, on administre du lait soit par la bouche, soit à l'aide d'une sonde introduite par la voie nasale, lorsque la malade se refuse à boire.

Elle prend ainsi, jusqu'au soir, 1800 grammes de lait environ. La température prise dans le rectum, à diverses reprises, ne s'élève pas au delà de 37°8. L'effet du lavement purgatif a été notable, mais l'urine reste rare, et on n'en peut recueillir dans toute la journée plus de 60 grammes.

Après sa quatrième attaque, la femme reprend connaissance, son état général s'améliore, et le pronostic semble devenir favorable. Mais à 6 heures survint une cinquième attaque, et immédiatement la situation devient très grave. La face reste cyanosée, le pouls faiblit, la respiration s'accélère ; le coma persiste. On fait des injections sous-cutanées d'éther et de caféine, on fait respirer de l'oxygène. Une nouvelle attaque est réduite à sa période d'invasion par l'administration d'un peu de chloroforme.

Cependant, la femme se cyanose de plus en plus ; le pouls devient filiforme, il y a 50 respirations par minute ; la température n'augmente pas. Le coma est complet.

Malgré tous les soins qui lui sont prodigués, la malade succombe à 7 h. 10 du soir.

En résumé, la première attaque a eu lieu 8 heures après l'accouchement ; il y a eu en tout six, dont une avortée, entre 11 heures 1/2 du matin et 6 heures du soir, et la mort est survenue dans le coma six heures après la dernière.

L'autopsie a démontré que seuls les reins étaient réellement altérés. Petits, bondés, se décortiquant difficilement, ils avaient tous les caractères de la néphrite interstitielle. Le foie gras, et d'une teinte gris jaunâtre, ne présentait ni à sa surface, ni à la coupe aucune trace d'hémorragies. Les autres organes étaient sains.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres : d'abord parce que l'éclampsie post-partum est relativement rare, et aussi parce que cette forme d'éclampsie est considérée par la plupart des accoucheurs, Depaul, Charpentier, Ribemont-Dessaignes, Auvard, entre autres, comme ordinairement bénigne.

Tel n'est pas, toutefois, l'avis de Cazeaux et du prof. Tarnier, qui considèrent, au contraire, l'éclampsie qui survient après l'accouchement comme très grave. Le fait que je viens de rapporter confirme cette opinion.

Mais cette observation me semble surtout suggestive à un autre point de vue. Elle est un argument puissant contre la tendance actuelle de certains accoucheurs à recourir à l'accouchement provoqué, voire forcé, et même à l'opération césarienne, comme traitement curatif de l'éclampsie survenant pendant la grossesse.

L'évacuation de l'utérus me semble inutile et dangereuse, et doit être rejetée pour les raisons suivantes :

1° Il y a un certain nombre de cas, rares il est vrai, où l'éclampsie guérit, et où la grossesse continue son cours et se termine normalement.

2° L'éclampsie provoque d'elle-même assez fréquemment le travail.

3° Les excitations prolongées du col aggravent habituellement l'éclampsie. Aussi, s'il est contre-indiqué de provoquer artificiellement le travail, est-il logique, en revanche, de terminer rapidement l'accouchement, quand le travail est commencé.

4° Il est impossible d'affirmer que les attaques d'éclampsie ne continueront pas après l'accouchement. Au contraire, dans un grand nombre d'observations, on a noté la persistance des accès après la délivrance.

5° L'apparition primitive possible de l'éclampsie chez une femme accouchée et délivrée (*éclampsie post-partum*) montre enfin l'inefficacité de l'accouchement provoqué pour faire cesser les attaques.

La conclusion qui s'impose, c'est que ce n'est pas dans l'évacuation de l'utérus qu'il faut rechercher la guérison de l'éclampsie confirmée. L'intoxication du sang domine tout, et c'est du degré de cette intoxication, si difficile à déterminer, que dépend avant tout le pronostic de la maladie.