

lorsque les convulsions se montrent durant le travail et persistent après l'accouchement, le traitement n'a sur elles que peu d'influence; viennent ensuite les convulsions survenant pendant le travail seulement, puis celles qui arrivent après la délivrance, et enfin les moins mauvaises sont celles qui ont lieu pendant la grossesse.

[[Bourneville, qui a étudié avec un soin minutieux la marche de la température dans l'éclampsie, est arrivé aux conclusions suivantes :

« 1° Dans l'état de mal éclamptique la température s'élève depuis le début des attaques jusqu'à la fin;

« 2° Dans les intervalles des accès, la température se maintient à un chiffre élevé, et, au moment des convulsions, on enregistre une légère ascension de la colonne mercurielle;

« 3° Enfin, si l'état de mal éclamptique doit se terminer par la mort, la température continue d'augmenter et parvient à un chiffre très-élevé, — si, au contraire, les accès disparaissent et si le coma diminue, ou cesse d'une façon définitive, la température s'abaisse progressivement et revient au chiffre normal (1). »]]

Après la disparition complète des convulsions et des accidents consécutifs, la malade peut revenir à son état de santé normal, et les grossesses suivantes ne sont pas accompagnées des mêmes phénomènes.

§ IV. — Anatomie pathologique.

Dans la majorité des cas, l'autopsie n'a fourni que peu de résultats. Le plus souvent, on ne trouve aucune modification dans l'état de l'encéphale (2). Dans d'autres circonstances, suivant Braun, on trouve de l'œdème anémique et une diminution dans la consistance du cerveau. Parfois les vaisseaux cérébraux sont turgides, ou il existe une suffusion séreuse à la base du cerveau ou dans les ventricules. Le cœur est généralement flasque et vide et les poumons sont pâles. On trouve aussi quelquefois du liquide dans la plèvre et dans le péricarde; on constate, dans certains cas, une inflammation péritonéale.

Dans quelques circonstances, la rate est augmentée de volume, et les reins sont congestionnés. Braun prétend que ces organes peuvent offrir les altérations propres à l'une des périodes de la maladie de Bright. Il a donné une très-longue description de l'état des reins; mais l'étendue de ce livre ne comporte pas une aussi longue citation. Je renverrai donc le lecteur au travail de Braun.

(1) Bourneville, *Nouvelles recherches sur la température dans l'urémie et dans l'éclampsie puerpérale* (mouvement médical, nouvelle série, 1873, p. 174).

(2) Bouteilleux, thèse, Paris, 1816. — Madame Lachapelle, *Pratique de l'Art de l'accouchement*. Paris, 1838, vol. III, p. 23. — *Distribution des prix à la Maternité*. Paris, 1838, p. 31. — Baudelocque, thèse, p. 63. — Ciniselli, *Ann. univ. di med.*, vol. LXXX, p. 472.

§ V. — Diagnostic.

1° *Avec les convulsions hystériques.* — Dans l'attaque que je viens de décrire, il y a perte de connaissance complète avec contraction musculaire très-forte; il y a de l'écume à la bouche. Les accès se répètent souvent; le retour à l'état ordinaire est incomplet, ou même il y a une insensibilité complète pendant les intervalles. Dans les convulsions hystériques, au contraire, à peine la malade perd-elle la conscience de ses actes, elle n'a pas d'écume à la bouche. Les accès ne se renouvellent pas souvent, et le retour à la santé est complet, après chaque attaque. Les sanglots, les soupirs, les pleurs et les cris sont spéciaux à l'hystérie.

2° *Avec les convulsions apoplectiformes.* — Dans les convulsions épileptiques, tout le corps est saisi de spasmes violents qui se répètent avec des intermittences, quelquefois même il y a un retour partiel au sentiment. La respiration est sifflante et stertoreuse. Les muscles conservent leur tonicité pendant les intervalles, tandis que dans les convulsions apoplectiformes les mouvements spasmodiques se montrent dès le début et ne se répètent pas, le sentiment et la sensibilité sont complètement abolis. La respiration est stertoreuse. Les muscles perdent toute leur action. Quand on soulève le bras, il retombe inerte, comme le bras d'un cadavre.

[[3° *Avec l'urémie.* — La marche de la température est dans ce cas un élément de diagnostic important, et M. Bourneville (1) a pu conclure de ses recherches cliniques que :

« 1° Au début, on note un abaissement de la température dans l'urémie; une élévation de la température dans l'éclampsie puerpérale.

« 2° Dans le cours de l'urémie, la température baisse progressivement, tandis que dans le cours de l'état de mal éclamptique elle s'élève de plus en plus à partir de l'éclosion des accès et cela avec une grande rapidité.

« 3° Ces différences s'accroissent encore aux approches et au moment même de la mort; dans l'urémie la température descend très-bas, bien au-dessous du chiffre normal (28°, 1); dans l'éclampsie puerpérale, elle arrive au contraire à un chiffre très-élevé (43°). »

4° *Avec l'épilepsie.* — Le diagnostic est de la plus grande difficulté, les symptômes étant à peu près identiques; néanmoins on diagnostiquera l'éclampsie par l'existence du produit de la conception; par la présence de l'albumine dans les urines, et souvent de l'œdème des membres et de la face et par l'absence de phénomènes convulsifs antérieurs.

Il peut se faire cependant que l'on ait affaire à une femme épileptique devenue enceinte, on comprend quel doit être alors notre embarras; mais M. Bourneville a fait remarquer en se fondant sur les faits qu'il a

(1) Bourneville, *Nouvelles recherches sur la température dans l'urémie et dans l'éclampsie puerpérale* (Mouvement médical, nouvelle série, 1873, p. 174).

observés à la Salpêtrière que les épileptiques enceintes ne paraissent pas sujettes à des accidents éclamptiques (1).]

§ VI. — Pronostic.

En somme, la mortalité est considérable, quoique probablement infiniment moindre aujourd'hui qu'autrefois. Nous avons constaté qu'il meurt environ une malade sur quatre.

§ VII. — Traitement.

La division des convulsions en sthéniques et en asthéniques doit être conservée lorsqu'il s'agit du traitement.

Quand la malade est pâle, exangue et faible, il faut être sobre d'émissions sanguines. Cependant on peut les employer, mais nous conseillons plus volontiers les révulsifs sur la tête, sur le cou, l'application modérée du froid, le calomel et l'opium, et enfin les anesthésiques. Dans la forme sthénique quand la tête est chaude, quand la face est congestionnée, le pouls plein, fort et fréquent, la première chose à faire est de tirer du sang par la veine du bras ou par l'artère temporale. Le sang doit couler largement, et la saignée doit être faite le plus tôt possible après la convulsion. Si les accès continuent on répétera la saignée. Denman a tiré en pareil cas 40 onces, et Blundell 70 onces de sang à une malade; l'absence de soulagement immédiat ne doit pas détourner le médecin de l'emploi libéral de la saignée. Le principal bénéfice de ce traitement est bien plus dans l'établissement plus rapide de la convalescence, que dans l'arrêt soudain des accès. Pour arriver à un résultat satisfaisant il suffira le plus souvent de tirer vingt ou trente onces de sang. Mais si les convulsions ont duré depuis longtemps, ou si elles ont débuté très-subitement, il sera nécessaire de faire une saignée de 30, 40 ou même 50 onces, si les symptômes sont très-alarmants. La règle sera que le pouls deviendra souple et mou avant d'arrêter l'écoulement du sang. Dans les cas extrêmes dans lesquels j'ai été consulté quelquefois, j'ai cru nécessaire de revenir à une seconde saignée deux ou trois heures après la première; jamais en pareil cas je n'ai laissé tirer plus de 15 onces de sang (Davis) (2). La saignée a en outre l'avantage de prévenir l'inflammation abdominale à laquelle aucune malade à notre connaissance n'a été exposée après ce traitement. S'il y a la moindre contre-indication à la saignée générale, on appliquera des sangsues, ou bien si la malade est assez calme, on appliquera des ventouses scarifiées à la nuque. Braun est complètement opposé à la saignée dans l'éclampsie des anémiques, non-seulement parce qu'elle sera

(1) Bourneville, *De l'état de mal épileptique* (Mouvement médical, nouvelle série, 1872, p. 252).

(2) Davis, *Obstetric medicine*, vol. II, p. 1027.

inutile, mais encore parce qu'elle peut apporter à la malade un dommage irréparable.

Il serait bon ensuite d'administrer un purgatif violent (du calomel et du jalap par exemple). L'évacuation des intestins produit généralement un grand bien, et le purgatif excite aussi quelquefois les contractions utérines, et hâte la délivrance.

On peut alors faire raser la tête et y faire des applications d'eau froide ou de glace. Denman a préconisé les affusions froides. Il rapporte l'observation suivante :

OBSERVATION IV. — « Sur une malade atteinte de convulsions, qui avait été saignée, et sur laquelle beaucoup d'autres moyens avaient été essayés en vain, je me décidai à essayer l'effet de l'eau froide. Je m'assis près du lit de la malade, un large bassin d'eau sur les genoux, un faisceau de plumes à la main. Le corps était agité et annonçait par divers signes la souffrance, souffrance évidemment causée par l'action de l'utérus au moment des convulsions. A ce moment j'aspergeai d'eau la figure de la malade, recommençant à plusieurs reprises, et empêchant les convulsions. Le résultat de ces moyens fut aussi surprenant pour moi que pour les personnes présentes. A chaque indication de douleur, je recommençais avec un égal succès; et je continuais jusqu'à ce que la malade fût délivrée. Elle n'eut plus qu'une seule convulsion, et cette fois l'usage de l'eau froide avait été négligé. »

On a parfois recommandé un bain chaud. Le résultat de ce moyen est douteux et dans bien des cas il serait à peu près impossible à appliquer.

Après un certain temps, on peut couvrir de vésicatoires la tête et la nuque, la contre-irritation pouvant hâter le rétablissement de la malade.

Quand, après une abondante saignée et un purgatif actif, la crise semble s'apaiser, on a conseillé d'administrer de l'opium. Cette opinion a été vivement controversée. Je crois qu'il faut attribuer ces divergences d'opinion, à ce que le moment précis où il convient d'administrer ce médicament n'a pas été suffisamment indiqué par Cervey qui le préconisait. Les personnes les plus autorisées sont unanimes pour reconnaître l'utilité de l'opium, dans les conditions que j'ai déjà mentionnées. Collins dit : « Plusieurs de nos meilleurs auteurs ont condamné l'usage de l'opium dans les convulsions, le considérant comme nuisible et même fatal. Une longue expérience m'a convaincu qu'il était non-seulement innocent, mais très-utile dans les cas où les crises continuent après la délivrance, et j'espère que les observations rapportées prouveront qu'il y a d'autres conditions, où l'usage de l'opium est également utile. Le mélange de l'opium et du tartre stibié est excellent. » Le calomel à haute dose a donné de bons résultats. Collins conseilla le mélange d'opium et de tartre stibié, à dose suffisante pour produire des nausées sans vomissements. Dans tous les cas de convulsions que j'ai rencontrés, après avoir mis en usage les saignées abondantes, les purgatifs, adoptant en même temps tous les

moyens nécessaires pour protéger la malade pendant les crises, j'ai essayé de la mettre sous l'influence de l'émétique de manière à amener des nausées sans vomissements. Dans ce but j'ai administré une cuillerée à bouche de la potion suivante toutes les demi-heures.

Eau de Pouliot.....	250 grammes.
Tartre stibié.....	50 centigr.
Teinture d'opium.....	30 gouttes.
Sirop simple.....	8 grammes.

« Dans quelques cas, la dose de tartre stibié employée n'était que de 4 grains pour une potion de 8 onces; dans quelques autres cas la dose d'opium était légèrement augmentée. »

Il est indispensable d'introduire entre les dents un morceau de bois ou de cuir pour éviter que la malade ne se fasse mal à la langue; il faut en outre la mettre dans l'impossibilité de se blesser en éloignant tout ce qui pourrait l'atteindre pendant les crises.

Ce traitement s'applique également aux convulsions survenant pendant ou après le travail. Dans le dernier cas l'opportunité de la saignée dépend entièrement de l'état de la malade.

On a proposé d'administrer des anesthésiques pour produire l'insensibilité, et calmer ainsi les convulsions. Jusqu'ici, autant qu'on en peut juger par les observations publiées, ce remède paraît des plus précieux.

W. Channing de Boston s'est servi d'éther dans dix cas. Six fois les malades guérirent, trois fois la vie de l'enfant fut sauvée. La proportion est évidemment plus favorable que dans les cas où ce moyen n'a pas été employé (1). Turner de Mansfield a administré avec un plein succès le chloroforme dans un cas de convulsion après l'accouchement. Le chloroforme donné à la moindre menace de convulsion arrêtait aussitôt l'accès, et la malade se rétablissait (2). Keith a usé de ce moyen contre des convulsions survenant pendant la grossesse. Les accès furent calmés, et lorsque le travail commença, la malade fut maintenue sous l'influence du chloroforme jusqu'après la délivrance. Elle guérit complètement (3). Dans un cas publié par Morris, le succès fut également complet (4). Dans un fait qui se passa à Gosport, l'inhalation du chloroforme fut continuée pendant trois heures, après que la malade eut eu 33 accès, la guérison fut obtenue (5). Shekelton, qui fut chirurgien en chef du Lying-in-hospital de Dublin, a employé le chloroforme neuf fois, cinq fois les convulsions furent complètement arrêtées, et quatre fois la fréquence et l'intensité en

(1) Channing, *On etherisation in midwifery*, p. 307-330.
 (2) Turner, *Lancet*, 12 janvier 1850, p. 53.
 (3) Keit, *Edinburgh monthly Journal*, août 1850.
 (4) Morris, *Ibid.*, mai 1849, p. 767.
 (5) *Med. Times*, 23 mars 1850, p. 229.

furent diminuées (1). Bolton eut recours à ce médicament après que la saignée et l'opium eurent échoué, il a obtenu des succès (2). J'ai moi-même eu l'occasion d'appliquer ce traitement dans un cas où les convulsions se déclarèrent avant le travail et dans plusieurs autres cas avec succès. Braun s'en est servi seize fois, et seize fois ses malades ont guéri complètement (3). [Pendant l'année 1858, où j'étais interne à la Maternité, nous eûmes l'occasion de traiter, par le chloroforme *uniquement*, trois cas d'éclampsie dont je donne le résumé très-succinct :

OBSERVATION V. — Le 6 mai 1858, la femme Jacques eut une seule attaque d'éclampsie au moment où la tête allait franchir l'orifice de l'utérus. On lui fit respirer du chloroforme, et l'on appliqua le forceps afin de hâter la terminaison de l'accouchement.

Elle partit le 5 juin, n'ayant eu aucun autre accident.

OBSERVATION VI. — Ganny accoucha de jumeaux le 5 juin. Elle avait des symptômes précurseurs éloignés d'éclampsie. Le 7, il survint quatre attaques. Des inhalations de chloroforme furent faites à la quatrième, qui fut la dernière, une cinquième ayant avorté sous l'influence des inhalations.

Les suites de couches marchaient régulièrement, lorsque cette femme partit malgré nous le 8 juin.

OBSERVATION VII. — Pineaux, accouchée et délivrée depuis deux heures environ, infiltrée et albuminique, fut prise d'attaques d'éclampsie le 10 septembre à 5 heures et demie du matin, et soumise à l'action exclusive des inhalations de chloroforme.

Elle eut seize attaques en 22 heures, presque toutes générales et fortes malgré les inhalations, mais plusieurs parurent avorter; la dernière eut lieu le 11, à 3 heures et demie du matin, puis la connaissance revint, et l'albumine commença à diminuer. Elle avait disparu le 15.

La céphalalgie qui persista après les attaques, et quelques douleurs abdominales furent combattues par une bouteille de limonade purgative, et plus tard par 1,50 d'ipéca. L'eau de Vichy, un régime reconstituant et des soins ordinaires de propreté complétèrent la médication. Pineaux partit guérie le 27 septembre 1858.

Dans ces trois cas les inhalations étaient surveillées avec beaucoup de soin, et des femmes furent maintenues sous l'influence anesthésique, pendant toute la durée du travail et après l'accouchement tant qu'on pût craindre le retour des accès.

[[A côté du chloroforme on doit placer un agent qui n'est entré dans la thérapeutique que depuis un temps assez court et qui paraît déjà avoir donné de bons résultats, je veux parler de l'hydrate de chloral.

(1) Shekelton, *Dublin Journal of medicine*, août 1852, p. 100.
 (2) Bolton, *Lancet*, 29 janvier 1852, p. 108.
 (3) Braun, *Medical Circular*, 2 mai 1855.

Charpentier (1) a recueilli 7 cas où ce médicament a été employé et qui se décomposent ainsi.

Cas où l'influence a été nulle.....	1 cas.
Cas où il y a eu diminution.....	6 cas.
Qui ont donné.....	7 cas de guérison.

A ces 7 cas relatés par Charpentier nous en placerons deux autres suivis de succès et qui ont été publiés par Dujardin-Beaumez (2) et Darin (de Chaville) (3), ce dernier administra *six* grammes de chloral dans cent grammes de sirop de groseilles dans l'espace de quelques heures. La malade qui avait eu déjà trois accès convulsifs quand on commença le médicament se rétablit parfaitement.]]

La question importante à résoudre maintenant est de savoir si nous devons arrêter les progrès de la grossesse ou intervenir activement dans l'accouchement, je crois être l'interprète de l'opinion générale, en disant que jusqu'à ce que le travail ait commencé, toute intervention est dangereuse. Aussi dans les convulsions qui se montrent pendant la grossesse, nous ne devons pas toucher à l'utérus, mais nous devons nous borner au traitement de la convulsion elle-même.

Lorsque les convulsions éclatent avec le début du travail, quelques auteurs conseillent de hâter les progrès de la dilatation au moyen des doigts, mais ce moyen a été justement abandonné, comme augmentant les crises, sans avancer en aucune façon le moment de la délivrance (4). On a conseillé les applications d'extrait de belladone sur le col utérin pour aider à la dilatation de l'orifice. Pour ma part je doute fort de son effet spécial, et je me méfie singulièrement de ses effets toxiques (5). Les auteurs anciens, et avec eux quelques modernes, conseillent de faire des incisions sur l'orifice, mais le danger d'une opération *si héroïque* compense amplement les bénéfices qu'on en pourrait retirer.

Mais supposons que l'orifice utérin soit dilaté, ou seulement dilatable, devons-nous avoir recours à l'intervention de l'art pour terminer l'accouchement? Les opinions sont très-partagées. Quelques accoucheurs conseillent l'intervention immédiate, d'autres s'abstiennent complètement (6). La vérité me paraît devoir consister à éviter les deux extrêmes. Nous n'avons pas à intervenir à cette époque du travail autrement qu'en rom-

(1) Charpentier, *De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques*, thèse agg. Paris, 1872, p. 118.

(2) Dujardin-Beaumez, *Note sur les effets de l'hydrate de chloral administré contre l'éclampsie puerpérale*, lue à la société de thérapeutique le 10 janvier 1873 (*Revue des sciences médicales*, t. 1, 1873, p. 760).

(3) Darin, *Éclampsie et albuminurie, guérison par le chloral* (*Gaz. des hôp.* 1872, n. 112).

(4) Denman, *Introduction to Midwifery*, p. 430.

(5) Blundell, *Obstetricy*, p. 950, note.

(6) Denman, *Introduction to Midwifery*, p. 425.

nant les membranes, ce qui peut hâter la fin du travail. On a souvent préconisé le version, mais, d'après tous les faits que j'ai vus recueillis, cette mesure me paraît très-hasardeuse. Ramsbotham conseille cette manœuvre, et cependant les trois observations qu'il rapporte ne sont pas encourageantes, les malades sont mortes; cinq femmes sur sept ont généralement succombé. Collins est formellement opposé à ce moyen, nous concluons qu'on n'aura pas recours à la version, à moins que le chloroforme ne mette la malade à l'abri du retour des accès, lors de l'introduction de la main.

Quand la tête est engagée dans le bassin, lorsqu'elle est à la portée du forceps et que l'espace est suffisant, il pourra être utile de terminer l'accouchement par l'application de cet instrument. L'opération doit, autant que possible, être faite dans l'intervalle de deux accès et pendant l'anesthésie chloroformique. Si l'introduction des branches du forceps provoque un accès violent, il faudra les retirer sous peine de les voir passer à travers les parois du vagin ou de l'utérus, pendant les efforts violents de la convulsion. Braun considère que la craniotomie n'est jamais indiquée, à moins qu'il n'y ait un vice de conformation du bassin. Ici je ne suis pas de son avis si l'orifice est rigide, si les douleurs sont insuffisantes et si les convulsions sont intenses, nous ne pouvons pas espérer que la mère résistera à de telles épreuves et nous savons que la meilleure chance de salut est la terminaison de l'accouchement, nous n'osons pas faire la version, mais nous pouvons faire la craniotomie et délivrer la femme. J'ajoute que, si l'enfant est mort, il est de notre devoir d'agir ainsi. Si même l'enfant vit, comme il en meurt quarante-cinq pour cent, la question restera de savoir si, pour conserver à l'enfant cette pauvre chance de vie, nous devons sacrifier la mère. Dans un des plus mauvais cas que j'aie vus et pour lequel je fus appelé il y a quelques temps, je n'eus pas un seul instant d'hésitation. Les accès éclatèrent en même temps que les premières douleurs, ils se renouvelèrent souvent, la femme était dans le coma et l'insensibilité la plus complète. La dilatation offrant le diamètre d'une demi-couronne (monnaie anglaise), je jugeai que la malade mourrait avant la fin du travail. Je perforai le crâne et je fis l'extraction de l'enfant (la femme était chloroformée). La malade guérit après être restée dans un état complet d'insensibilité pendant trois jours. J'ajoute que si à une période quelconque du travail l'enfant meurt, la craniotomie offre le moyen le plus rapide de terminer l'accouchement. Enfin, quand la tête est dans le bassin, si l'espace est insuffisant pour qu'on puisse appliquer le forceps, comme l'enfant ne peut être sauvé, nous devons faire la craniotomie aussitôt que nous avons constaté l'état des choses.

[[Nous trouvons consignée dans la thèse d'agrégation du docteur Charpentier, une lettre du professeur Stoltz qui résume en quelques lignes et d'une façon très-nette l'exposé de sa pratique particulière. « La sai-

gnée, dit M. Stoltz, qui dans les derniers temps a été presque complètement abandonnée, m'a le plus souvent rendu d'éminents services; ensuite les applications froides; les dérivatifs m'ont paru peu utiles et souvent nuisibles, tandis que les sédatifs, surtout après l'usage préalable, de la saignée, m'ont rendu des services signalés, c'est-à-dire le chloroforme et les injections hypodermiques de morphine.

« Le chloroforme a manqué son effet assez souvent, quand on n'a pas eu la patience d'en continuer l'usage assez longtemps; et cependant il faut aussi prendre des précautions..... Les injections morphinées réussissent surtout quand les moyens ordinaires ont échoué; aussi, ce n'est pas au début des convulsions que je les emploie, à moins qu'il n'y ait aucun signe de congestion.

« Je n'ai jamais eu recours à l'accouchement forcé, mais j'ai cherché à le *provoquer* quand il ne se déclarait pas spontanément. Bien entendu que je considère avec la plupart des praticiens comme une première indication de faire l'extraction du fœtus ou de l'arrière-faix quand l'enfant est expulsé, dès que cela est possible, sans employer de trop grands efforts, car ceux-ci provoquent ordinairement des crises convulsives intenses et coup sur coup.

« Quelques purgatifs d'abord, puis des toniques et surtout les ferrugineux, m'ont toujours paru hâter la convalescence (1). »]]

Lorsque les convulsions ont cessé! voici les conseils que donne Collins.

« Si la malade devient maniaque, comme cela arrive fréquemment après de violentes attaques qui ont duré longtemps après l'accouchement, on devra veiller avec soin à tous les malaises locaux, ainsi la céphalalgie ou tout signe indiquant une affection abdominale sera noté, et un traitement approprié sera institué. On tiendra la malade sous l'influence du tartre stibié, on n'admettra qu'un petit jour dans la chambre, on éloignera toute cause d'exaltation ou d'irritation. En agissant ainsi on aura le droit de compter sur des résultats satisfaisants. Les amis de la malade apprendront en outre avec satisfaction que celle-ci sera dorénavant peu exposée au retour de pareils troubles, comme on l'observe dans les autres formes de manie. »

Traitement prophylactique. — Quand une malade nous consulte pendant sa grossesse, ressentant les symptômes menaçants que nous avons signalés, tels que maux de tête, étourdissements, amblyopie, et surtout si ces symptômes persistent et sont accompagnés d'anasarque de la face et des extrémités supérieures et d'albuminurie, il n'y a aucun doute sur l'urgence des moyens actifs à employer, des purgatifs actifs et la saignée, des ventouses scarifiées sur les reins, devront être employés si la malade peut les supporter; le tartre émétique à petite dose; un exercice modéré et un régime régulier seront recommandés.

(1) Charpentier, *De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques*, thèse agr. Paris, 1872, p. 147.

Toute pression doit être évitée; toute liberté d'action doit être laissée aux poumons; et si avec Cormach nous pensons que l'albumine est due à la pression de l'utérus sur les reins, nous devons recommander à la malade d'éviter autant que possible la position horizontale. Quelquefois, au contraire, ces symptômes peuvent coïncider avec un appauvrissement du sang, la malade aura alors besoin de toniques et d'un régime fortifiant. Des lotions froides ou des dérivatifs à la tête pourront être utilement employés en même temps. Frerichs et Litzman disent s'être tous deux très-bien trouvés de l'emploi des acides benzoïque et acétique. Si la maladie rénale existe depuis quelque temps déjà, le traitement doit être moins actif, des lotions froides, des dérivatifs avec des purgatifs doux et des acides seront conseillés. — Il faut surtout éviter les diurétiques, mais les dérivatifs sur les reins au moyen de sinapismes seront très-utiles quand les convulsions surviennent avant le début du travail; Chailly (1), Pietra Santa (2), Sabatier, Braun et Daniel sont d'avis de provoquer l'accouchement; Bouchacourt de Lyon réussit une fois à l'aide de ce moyen; Legroux et Richelot doutent de l'efficacité de ce moyen. Je partage leur opinion en ce que le travail, lorsqu'il survient, n'est pas infailliblement accompagné d'un retour de convulsions, surtout s'il s'est écoulé un certain laps de temps depuis l'attaque.

ARTICLE III

CONVULSIONS APOPLECTIQUES

Ce genre de convulsion ne se voit que rarement si ce n'est après le travail. Cependant Burns (3) signale quelques cas au début du travail, et Morithon (4) et Menard (5) au sixième mois de la grossesse.

§ I. — Causes.

Ces convulsions sont évidemment dues à la fluxion des vaisseaux cérébraux pendant les douleurs du travail. Il est très-probable que des soucis moraux peuvent prédisposer à ce genre d'attaque, du moins, il paraissait en être ainsi dans un cas que j'ai eu sous les yeux.

§ II. — Symptômes.

Dans quelques cas la malade souffre de douleurs et de battements dans la tête plusieurs jours avant l'attaque, dans d'autres, au contraire, il n'y a aucun symptôme précurseur.

(1) Chailly, *Traité de l'art des accouchements*, 5^e édition. Paris, 1867, p. 476.

(2) Pietra Santa, *Observation d'éclampsie* (*Union médicale*, 10 août 1852).

(3) Burns, *Midwifery*, p. 527.

(4) Morithon, *Trans. med.*, vol. IV, p. 162.

(5) Menard, *Ibid.*, vol. IV, p. 241.