

l'éclampsie; les autres moyens que l'on a proposés n'ont qu'une importance relative. On pourra, cependant, utiliser les *inhalations d'oxygène* recommandées par Jaccoud; on sait que l'oxygène favorise les combustions organiques, et peut, par suite, aider à la destruction des déchets cellulaires charriés par le sang: on pourra, d'autre part, assurer l'*antisepsie intestinale*, en prescrivant les différents médicaments usités: benzo-naphtol, salicylate de bismuth. Il sera plus utile de veiller à la régularité des selles en prescrivant de temps en temps des *purgatifs* et un grand lavement quotidien.

L'effet tout-puissant du régime lacté est prouvé par la statistique. Jamais M. Tarnier n'a vu une femme albuminurique soumise, pendant une semaine, au régime lacté, devenir éclamptique. De 1889 à 1892, 5000 femmes enceintes se sont présentées à la consultation de la clinique Baudeloque; sur ce nombre, 61 pouvaient être considérées comme de grandes albuminuriques; ces femmes furent soumises au régime lacté absolu; aucune d'elles n'eut d'accès d'éclampsie: « Sur plus de 5000 femmes, pas un seul cas d'éclampsie: n'est-ce pas dire que les accès éclamptiques doivent disparaître. Est-il un traitement prophylactique plus certain et plus invariable dans ses résultats? » (M. Pinard, *Acad. de médecine*, 31 janvier 1895.)

Si, malgré ce traitement, les phénomènes d'intoxication persistent ou augmentent, l'accouchement prématuré sera indiqué.

B. — Traitement de l'éclampsie.

Il n'est pas toujours possible d'instituer le traitement prophylactique; une femme peut être amenée en pleine crise éclamptique à l'hôpital, ou bien l'éclampsie peut se déclarer avant que le régime lacté n'ait eu le temps d'exercer son action préventive. Que faut-il donc faire, lorsque l'éclampsie éclate? Avant d'exposer le traitement médical, il est nécessaire d'indiquer brièvement la conduite que les accoucheurs conseillent de tenir, au point de vue obstétrical. L'accord n'a pu se faire entre eux, car les uns conseillent d'intervenir, alors que les autres prêchent l'abstention.

Les partisans de l'intervention estiment qu'en provoquant l'accouchement, ils peuvent mettre un terme aux accès éclamptiques; les autres ne se résignent à provoquer l'accouchement qu'après l'échec du traitement médical et si le travail ne s'est pas déclaré sous l'influence des convulsions; d'autres enfin sont résolument abstentionnistes, sans aucune restriction.

Deux cas peuvent se présenter: — ou bien le travail se déclare spontanément — ou bien il ne se déclare pas.

Dans le premier cas, il est évident que, dans l'intérêt de la mère comme dans celui de l'enfant, il faut terminer l'accouchement le plus rapidement possible, par le forceps, la version ou l'extraction, si le col est dilaté ou dilatable.

Si le col est dilaté, mais d'une façon insuffisante, l'enfant étant vivant et viable, l'intervention est encore justifiée et Depaul recommandait de pratiquer quelques incisions sur le col afin de pouvoir terminer l'accouchement.

Quand le travail ne s'est pas déclaré, on se trouve, comme nous l'avons dit, en présence de deux partis à prendre: l'intervention ou l'abstention.

Les partisans de l'intervention justifient leur conduite, en invoquant le fait

de la disparition des convulsions après l'accouchement; mais, en réalité, il s'en faut de beaucoup qu'il en soit toujours ainsi; dans un certain nombre de cas les convulsions persistent; de plus, tout danger n'est pas écarté après la cessation des crises éclamptiques, car nombre de femmes succombent après l'accouchement. C'est qu'en effet, si les convulsions constituent un danger par elles-mêmes, elles ne représentent en somme qu'un symptôme de la toxémie dont la femme est atteinte; or, on ne peut pas espérer, par le seul fait de l'accouchement, voir disparaître instantanément les lésions rénales, les lésions hépatiques qui sont sous la dépendance de cette toxémie et qui entretiennent le danger; ce qui prouve bien d'ailleurs que l'accouchement ne peut avoir une influence absolue sur la cessation de l'éclampsie, c'est que, dans un certain nombre de cas, l'accès éclamptique débute seulement après l'accouchement.

Enfin la statistique plaide encore en faveur de l'abstention: elle montre, en effet, que la mortalité est bien moindre quand on laisse l'accouchement se faire spontanément que quand on le termine artificiellement (Charpentier). D'ailleurs l'éclampsie peut cesser et la grossesse poursuivre son cours.

Il ne faut pas oublier, d'autre part, que les procédés employés pour provoquer l'accouchement artificiel exigent toujours quelques heures, pour amener la dilatation et permettre l'extraction de l'enfant. « Pendant les heures qui s'écoulent, le plus souvent le sort de la femme s'est décidé. La mort a pu survenir ou les convulsions s'arrêter » (Bernheim, *Thèse de Paris*, p. 31, 1895).

L'anurie, l'hyperthermie excessive sont les seules indications de l'intervention admises par la majorité des accoucheurs.

Aujourd'hui, cependant, de nombreux accoucheurs sont partisans de l'accouchement prématuré que l'on pratique en faisant la dilatation forcée bimanuelle du col.

On ne devra jamais oublier que l'emploi des solutions antiseptiques et notamment des solutions d'acide phénique et de sublimé est dangereux chez les éclamptiques; mieux vaut employer chez elles les injections de permanganate de potasse à 1 pour 4000.

Si les accoucheurs ne sont pas encore d'accord sur le traitement obstétrical de l'éclampsie, ils sont bien près de l'être sur le traitement médical. Les indications sont doubles: combattre la toxémie, atténuer l'hyperexcitabilité du système nerveux. A la première indication répond l'emploi de la saignée et des injections de sérum artificiel; à la seconde celui du chloroforme et du chloral.

L'efficacité de la saignée, si vivement préconisée par Mauriceau, Baudeloque, etc..., ne saurait être contestée; il est certain que la soustraction d'une certaine quantité de sang à une éclamptique diminue la quantité des substances toxiques contenues dans le sang et l'on s'explique ainsi très bien l'éloignement ou la disparition des accès à la suite d'une saignée. Celle-ci sera copieuse (500 ou 400 grammes), proportionnée d'ailleurs à l'intensité des accidents, à la résistance des sujets.

Peut-être peut-on considérer comme dues à « la saignée naturelle » qui accompagne la délivrance, les améliorations souvent observées à la suite de l'accouchement.

La saignée doit être suivie d'une *injection de sérum physiologique* (500 c. c. — 1000 c. c.); c'est la saignée-transfusion.