

Les *bains chauds* (Bar) contribuent à désintoxiquer les malades, en excitant la fonction rénale, mais ils sont souvent d'administration difficile.

Enfin les *lavements purgatifs* combattent l'auto-intoxication intestinale.

La méthode anesthésique est universellement employée. Depuis que Richet, le premier, en 1848, a fait usage du chloroforme dans l'éclampsie, son emploi s'est rapidement répandu. Ceux même, comme Pajot, Tarnier, Guéniot, qui manifestaient de la répugnance à l'égard du traitement de l'éclampsie par les inhalations de chloroforme, ont abandonné leur prévention; pendant toute la durée de l'accès éclamptique la malade doit être maintenue sous le sommeil chloroformique.

Le *chloroforme* a été souvent donné à doses massives, de façon que l'on puisse obtenir, le plus rapidement possible, la résolution complète. Une fois celle-ci obtenue, on continuait les inhalations pendant plusieurs heures, en diminuant les doses, mais sans laisser jamais la femme se réveiller. Si certains symptômes font craindre l'imminence d'un accès, il faut de nouveau forcer la dose pour ramener la résolution absolue. Aujourd'hui on préfère, en général, donner le chloroforme par inhalations intermittentes. Dès qu'apparaissent les premières trémulations des muscles de la face, on en fait respirer une assez forte dose, ce qui exige une surveillance attentive, mais a cependant l'avantage de réduire de beaucoup la quantité d'anesthésique à employer.

Beaucoup d'accoucheurs préfèrent le *chloral* au chloroforme bien qu'il ne soit pas non plus exempt de tout danger, car on l'emploie également à doses très élevées et bien qu'il agisse plus lentement que le chloroforme. Voici d'ailleurs le mode d'emploi que préconisait M. Charpentier. « Je fais d'emblée administrer à la malade un lavement avec 4 grammes de chloral dans 10 grammes de mucilage de coings. Si ce premier lavement est rendu, on en administre un second et au besoin un troisième, jusqu'à ce que le médicament soit toléré.

« Que les accès continuent ou cessent, je supprime momentanément tout traitement pendant cinq ou six heures, et alors j'administre de nouveau un lavement avec 4 grammes de chloral. Nouvelle interruption de cinq ou six heures. Nouveau lavement de chloral.

« J'ai rarement eu l'occasion de dépasser les doses qui représentent ainsi 12 grammes dans les dix-huit ou vingt-quatre heures. Mais je ne redoute pas les doses les plus élevées, et, dans un cas, j'ai été obligé d'aller jusqu'à 16 grammes.

« Si les accès s'éloignent après les premières doses, j'éloigne de même le médicament; si, au contraire, les accès persistent avec la même intensité, je rapproche un peu les doses... ».

Il est important de ne jamais cesser brusquement la médication chloralique, pour prévenir le retour des accidents.

On a tendance aujourd'hui à réduire sensiblement les doses et l'on ne donne pas plus de 2 à 4 grammes d'hydrate de chloral (Maygrier), de plus on le fait prendre par la bouche, car les lavements sont souvent rejetés.

Lorsque l'éclampsie survient seulement après l'accouchement, c'est encore à la saignée que l'on a recours; de plus on administre le chloral en lavements; on favorise enfin l'élimination des principes toxiques par les purgatifs et les injections de sérum.

Pendant l'accès la malade doit être maintenue au lit, sans moyens de contention. Pour éviter la morsure de la langue (qui a parfois entraîné la mort par hémorragie), il faut, non pas introduire de bâillon, de bouchon, de cuiller de métal, mais refouler simplement la langue et la maintenir dans le fer à cheval du maxillaire au moyen d'un linge quelconque que l'on glisse dans la bouche au moment où elle s'entr'ouvre et au-dessus duquel on emprisonne la langue....

Ajoutons qu'il faut soustraire la malade à toute excitation venant du dehors et la maintenir isolée dans une pièce à l'abri de la lumière vive et de tout bruit.

#### C. — Traitement de l'albuminurie post-puerpérale.

On sait que l'albuminurie disparaît le plus souvent dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, mais qu'elle peut se prolonger pendant plusieurs semaines ou même persister jusqu'à une grossesse suivante, au cours de laquelle elle redouble d'intensité.

Il est donc rigoureusement nécessaire de pratiquer des examens successifs des urines chez les accouchées et de poursuivre le traitement, c'est-à-dire le régime lacté plus ou moins mitigé, jusqu'à disparition complète et définitive de l'albumine.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire *a priori*, on peut autoriser les femmes albuminuriques à donner le sein à leur enfant; la pratique a démontré que les enfants se développent dans des conditions normales et que l'allaitement n'a pas d'influence fâcheuse sur l'albuminurie.