

**Diagnostic.** — On peut confondre l'éclampsie puerpérale avec l'épilepsie vraie et avec les convulsions hystériques, d'autant plus que l'albuminurie accompagne ces deux affections au moment du travail. C'est en ayant recours à l'interrogatoire que l'on pourra établir le diagnostic différentiel; de plus l'absence d'un coma prolongé pourra faire écarter l'idée d'hystéro-épilepsie.

Il ne faut pas oublier qu'une femme grosse ou en travail d'accouchement peut parfaitement être atteinte de lésions organiques du cerveau telles que méningite, hémorragie, tumeurs, etc.

Lorsque les anamnétiques font défaut, il est parfois bien difficile de différencier le rein de la grossesse de la néphrite chronique.

Le meilleur signe en faveur de la néphrite est sans contredit une hypertrophie du cœur et le pouls dur, caractéristique des brightiques (Flaischlen). Et pourtant nous avons vu un malade qui malgré ces signes et une diminution notable du poids spécifique de son urine, guérit complètement au bout de quelques jours.

**Pronostic.** — Bien que quelques médecins semblent avoir eu des statistiques heureuses, le pronostic doit être réservé. Dès que les convulsions éclatent, la vie de la mère et de l'enfant sont sérieusement en danger: ils succombent tous deux à peu près dans le quart des cas.

trois essais où il avait injecté du bouillon stérilisé il déterminait de l'albuminurie et des troubles nerveux.

Quelle que soit la théorie, il semble qu'il y ait une prédisposition chez certaines femmes. Contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire, des parturientes ont été sujettes à des attaques d'éclampsie à leur 2<sup>me</sup>, 3<sup>me</sup> et même 8<sup>me</sup> grossesse. Ces attaques se manifestant avec la première augmentaient de nombre et d'intensité en raison du nombre des grossesses.

(G. C.)

Plus l'attaque d'éclampsie se rapproche du jour de l'accouchement, plus le pronostic est favorable (Lœhle in). Il est de bon augure de voir les attaques cesser peu après l'accouchement, surtout si les malades sortent du coma avant le deuxième jour. Schröder attache une grande valeur à l'examen du pouls: si celui-ci est plein et tendu, le pronostic est des plus grave.

Le rein de la grossesse, en soi, n'a rien de grave, car sa transformation en mal de Bright chronique est rare.

**Traitement.** — Les hydrosies doivent être combattues par des diurétiques. Le diurétique le plus inoffensif pour une femme enceinte est celui de Liebermeister (Bartels). Jamais il ne provoque de fausse couche ni d'attaques d'éclampsie; Breus sur vingt-quatre éclampsiques a eu 22 guérisons (voir le traitement de la néphrite).

Nous conseillons néanmoins une grande prudence chez les malades atteintes d'affection cardiaque. Nous ne conseillons pas d'avoir recours à la *pilocarpine* tant vantée par Cantilena, car elle provoque des hémorragies (Hiller), des accès de suffocation (Sænger).

Osthoff, conséquent en cela avec sa théorie, déconseille la *digitale*, alléguant que l'augmentation de pression qu'elle produit pourrait par l'excitation du centre vaso-moteur principal exciter des centres secondaires. Cependant chez des malades dont le pouls était petit et précipité, la digitale et le camphre nous ont donné les meilleurs résultats. Les *drastiques* ne nous en ont donné que de médiocres.

Au moment même des accès, il ne faut pas hésiter à administrer des *narcotiques*, tels que le chloroforme (Schröder), l'hydrate de chloral (en lavement), les injections sous-cutanées de morphine. Veit recommande surtout la morphine à haute dose (jusqu'à 0 gr. 04 centigr. en injections sous-cutanées),



aidée de bains de vapeur. Dans sa statistique, il n'a noté que deux morts sur 60 cas.

Nous renvoyons à ce que nous avons dit au sujet de l'urémie pour tout ce qui concerne les saignées et autres moyens déplétifs). Chambert ne conseille la saignée que chez les pléthoriques. En France, on accorde une grande valeur au régime lacté absolu.

En ce qui concerne les avortements et les accouchements prématurés que nécessitent quelquefois des cas graves et que Pooley remit récemment en usage, nous renvoyons aux livres d'obstétrique.

Schrøder conseille de hâter l'accouchement sous prétexte que le travail d'enfantement tend à faire passer le rein gravide à l'état de néphrite chronique.

### 3. — Congestion rénale.

**Étiologie et pathogénie.** — La congestion du rein résulte de troubles graves dans sa circulation. Elle n'est dans la plupart des cas qu'un symptôme accompagnant une lésion rénale primitive. En ayant égard à leur mode de développement, on peut diviser les congestions rénales en :

Congestions de *causes locales*, et congestions de *causes générales*.

**CONGESTIONS DE CAUSES LOCALES.** — Elles sont dues à un rétrécissement ou même à l'occlusion de la veine cave inférieure au-dessus de l'embouchure des veines rénales, ou bien à une gêne de circulation des veines rénales elles-mêmes. Ce sont en général des tumeurs et les thromboses consécutives qui ont mis obstacle au cours du sang. Les thromboses peuvent encore prendre naissance dans le cours de cachexies graves comme la cholérine des enfants par exemple, surtout chez ceux qui sont encore à la mamelle (Beckmann, Pollack, Schwartz) (1). Les congestions de cause locale sont de beaucoup les plus fréquentes.

**CONGESTIONS DE CAUSES GÉNÉRALES.** — Elles viennent à la suite d'un obstacle à la circulation veineuse générale, à la suite de troubles de la petite circulation. En général ces troubles s'accompagnent d'anémie artérielle.

Dans ce groupe, les causes les plus fréquentes de congestion rénale sont sans aucun doute *les lésions valvulaires du cœur mal compensées*. Ce sont surtout les lésions siégeant au niveau des orifices veineux qui engendrent la congestion ré-

(1) Nous n'aurons garde d'oublier le mémoire de Parrot qui a décrit sous le nom de « *tubulhémie rénale chez les nouveau-nés* », une affection spéciale qui reconnaissait comme cause locale, appréciable, une thrombose des veines rénales. (G. C.)