

Sur 12 cas, 12 guérisons.

Sur ces 12 enfants, 9 vécurent.

“ S’il n’y a eu aucun décès, dit Potocki, on doit voir là l’influence heureuse d’un traitement appliqué systématiquement à tous les cas d’éclampsie, et qui a fait aujourd’hui ses preuves.

“ Aux grandes saignées, on a objecté qu’elles débilitaient les femmes et les mettaient en état de moindre résistance vis-à-vis de l’infection, il suffira de répondre que toutes ces malades ont quitté l’hôpital en parfait état de santé, 12 à 15 jours après l’accouchement.”

Voici donc des conclusions pratiques qui s’imposent et qui confirment en tous points les faits observés.

Conclusions.

En présence d’une éclampsie qui a des accès répétés, voici quelle pourrait être la conduite à suivre :

1° Surveillance étroite par une personne compétente ou au moins dévouée.

2° Inhalations de chloroforme à la reine durant quelques heures, comme moyen palliatif.

3° Si le pouls est rapide avec tension artérielle élevée: 20 gouttes de *véraltrum viride* en injections sous-cutanées, puis, 10 gouttes toutes les $\frac{1}{2}$ heures jusqu’à ce que le pouls batte à 60 pulsations.

4° Saignée de 300 à 600 grammes, suivant les cas.

5° Un grand lavement évacuateur de l’intestin avec le sonde de Debove.

6° Théobromine 0 gr. 50 centig. toutes les trois heures, soit 2 grammes par jour, durant 2 ou 3 jours, ou plus, suivant les indications. On peut associer le bromure de potassium s’il y a céphalée à la dose de 1 ou 2 grammes le soir, dans une potion de 30 grammes.

7° Si la crise ne cesse pas, si l’oligurie persiste, faire la décapsulation, et même le néphrotomie en cas d’anurie.

8° Se hâter de provoquer l’accouchement par la dilatation bimanuelle du col, afin de sauver l’enfant dont la vie est menacée.

9° L’éclampsie, chez une femme enceinte de 5 ou 6 mois, est passible du même traitement, moins la dilatation forcée du col.