

LA CLINIQUE

III^e ANNÉE

FEVRIER 1897

NO. 7

TRAVAUX ORIGINAUX

Plaidoyer en faveur du Traitement Ra- tionnel des Douleurs Pelviennes chez la Femme

PAR LE . . .

DOCTEUR J. C. WEBSTER, (EDIM.)

F. R. C. P. E., F. R. S. E.,

Ancien Assistant en Chef du Professeur d'Accouchement et de
Maladies des Femmes à l'Université d'Edimbourg.

On rencontre un très grand nombre de femmes souffrant de douleurs pelviennes, sans qu'on puisse découvrir, chez elles, aucune lésion des organes du petit bassin, capable de les produire. Le facteur le plus important, dans ces cas, est un trouble d'une des nombreuses manifestations de l'innervation.

Bien que, depuis 20 ans, le nombre des névroses chez la femme, augmente continuellement et

dans de très grandes proportions, il faut avouer qu'on leur prête fort peu d'attention dans le monde gynécologique.

Grâce aux progrès marqués de la chirurgie dans la pratique de la gynécologie, durant les vingt-cinq dernières années, on a vu évoluer un spécialisme aux idées étroites et résultant dans la fondation d'une école dont la devise est : "*le bassin, c'est la femme,*" et dont les moyens de soulagement se limitent aux seuls procédés mécaniques variant du passage d'une sonde à la castration.

On ne saurait trop énergiquement protester contre la centralisation de toute l'attention sur les lésions pelviennes sans songer que le physique est largement dépendant de l'état moral.

Pascal intitule un de ses chapitres : "La disproportion de l'homme." On pourrait appliquer l'expression à l'école "mécanique" des gynécologistes qui ont fait tant de mal en ne donnant pas aux différents symptômes se rapportant aux organes pelviens leur valeur proportionnelle et véritable.

Lorsque le praticien général, aux idées larges et vastes, accuse les gynécologistes de travailler en toute ignorance des troubles nerveux et des diathèses organiques dans cette partie du corps où elles ont une importance capitale, il porte une accusation bien fondée, et, s'ils veulent être honnêtes, les gynécologistes, en grande majorité, reconnaîtront sa force et répondront humblement

“ *Peccavi.* ” Je ne prétends pas que le spécialiste n'ait, jusqu'à un certain point, raison, lorsqu'il accuse le praticien général d'être incapable—faute d'un champ d'observation assez vaste—de bien apprécier l'importance des phénomènes pelviens. Cependant je suis fermement convaincu que la spécialité de la gynécologie n'atteindra jamais une haute considération tant qu'elle n'aura pas pour base la philosophie et la large culture, le vaste savoir qui constituaient le “ *minimum bonum* ” que devaient atteindre les maîtres de la médecine dans les âges passés.

Lorsqu'on se trouve en présence de douleurs pelviennes, il faut avoir, présents à l'esprit, les points suivants :

1o. Les douleurs, peuvent être dues à des lésions pelviennes suffisantes à les causer par elles-mêmes.

2o. Les douleurs peuvent exister en même temps que des lésions minimales, capables, tout au plus de causer de légères souffrances.

3o Les douleurs peuvent être un symptôme pelvien associé à quelque condition incapable, par elle-même, de produire ce symptôme.

4o Elles peuvent être un symptôme prédominant dans certains cas où nul changement d'aucune sorte n'existe dans les les organes du petit bassin.

Il est, dès lors, évident que d'autres facteurs que les troubles locaux, peuvent-être mis en cause

pour expliquer les phénomènes objectifs que nous considérons.

Parmi ces derniers, les troubles nerveux, la névrose, dans l'acception la plus large du mot tiennent la place principale. Cet état est rapporté au bassin de manières variées.

Dans un groupe de cas, des lésions locales, capables ou non, par elles mêmes, de produire les symptômes douloureux, peuvent avoir été la cause primaire d'une complication nevropathique— Et plus l'état nerveux s'accroît, plus les douleurs pelviennes acquerront d'intensité. La réaction nerveuse se manifestant au siège même de la lésion primaire.

Dans une autre classe de malades, il peut y avoir une très légère affection pelvienne causant un léger malaise. L'état nerveux peut être dû à une cause tout à fait étrangère au bassin et se manifester par de violentes douleurs rapportées, par la malade, à la lésion pelvienne.

Dans une autre variété, chez des malades fortement nevropathiques, on verra de violentes douleurs pelviennes exister en l'absence de lésion d'aucune sorte.

D'autres malades offrent cette particularité que la douleur pelvienne est, pratiquement, la seule manifestation de l'état nevropathique. Ces cas peuvent être assimilés à ceux dont " l'idée " fixe constitue le caractère.

Dans d'autres cas, la douleur persiste, par

continuation de l'action réflexe, après que la lésion causant les douleurs a été guérie. Dans ces cas, le système nerveux de la malade a si bien enrégistré la douleur, qu'il continue à la reproduire, par habitude et en dépit de tout contrôle possible de la part des centres nerveux d'ordre plus élevé. La biologie a démontré que cette manière d'impressionner le système nerveux est indiscutable. On trouve de ce phénomène, un exemple frappant dans la continuation des douleurs dans les mêmes orteils, après, et même longtemps après, qu'un pied goutteux a été amputé.

De même nature probablement est le phénomène suivant : une jument accouplée à un zèbre accoucha d'un poulain zébré comme le père. Saillie, plus tard, par un étalon, elle accoucha d'un second poulain, zébré tout comme le premier.

Lorsque je parle d'état nerveux, je ne veux pas dire hystérie. Cette dernière n'est qu'une des nombreuses variétés de névroses. Et pourtant, trop souvent, ces femmes sont renvoyées par la gynécologie "mécanique" incapable de les guérir, sous la rubrique "hystériques."

Un des plus grands services rendus à la médecine a été l'établissement d'une distinction entre la neurasthénie et l'hystérie.

Il n'y a pas lieu de s'étonner que les névroses soient si fréquentes chez la femme. Bien que le dogme de Michelet soit faux "la vie de la femme est une histoire de maladie," il faut admettre que,

sauf dans l'enfance et l'âge avancé, l'organisme féminin est privé du repos physiologique. Quand on se rappelle les grands troubles causés par l'établissement et la cessation des règles, les profonds changements qui se manifestent durant les règles, l'ovulation, la grossesse, le travail et la lactation, l'activité si complexe de sa vie physique dans ses fonctions variées, il n'y a rien d'étonnant que les manifestations névropathiques atteignent si particulièrement le mécanisme de ses organes de reproduction.

On ne saurait nier que la neurasthénie gagne du terrain à mesure que se perfectionne la civilisation. Les causes en sont : chez les pauvres, l'excès de travail et l'inquiétude, une nourriture insuffisante et irrégulière ; parmi les riches : l'effort demandé par l'éducation, les abus, la résistance vitale et toutes les émotions énevantes.

Ce qui peut encore expliquer le rôle important joué par les organes pelviens dans le développement des névroses est précisément l'habitude prise par les femmes de concentrer toute leur attention sur ces organes comme s'ils étaient les causes et les raisons uniques de tous leurs maux. Le mécanisme sexuel est un mystère plein de fascination pour la femme. Si elle y apporte une trop vive attention, elle est aisément prise d'un besoin d'examen interne qui, souvent, dégénère rapidement en hypocondrie.

Il faut encore rendre responsables de cette

nuisible habitude, et l'école gynécologique aux étroits principes mécaniques et ces pamphlétaires charlatans, ces vendeurs de médecine patentées, prétendus sauveurs de la femme souffrante.

Le manque d'attention qu'on apporte, dans le traitement des douleurs pelviennes, à la considération des justes relations qui existent entre l'état général et l'état particulier, entre les douleurs pelviennes dues aux lésions des organes pelviens et celles qui sont dues aux névroses et à l'attention concentrée que la femme apporte à la contemplation interne de ces organes, a déterminé une pratique spéciale qui, dans bien des cas, a causé de grands désappointements et au médecin et à la malade.

Dans un des plus récents articles, d'un des guides reconnus en Europe, en matière de gynécologie, sur le traitement de la dysménorrhée, on ne trouve pas un seul mot qui indique, du tout, la nécessité de prêter attention aux complications névropathiques, alors que je me fais gloire de dire que en réunissant toutes les variétés de dysménorrhée, c'est là le facteur des plus communs à tous les cas, qui demande la plus soigneuse attention et, dans bien des cas, le seul qui mérite attention.

Cependant l'esprit étroit et mécanique, lorsqu'un cas de douleur pelvienne lui est révélé — commence tout d'abord par chercher dans les organes du bassin un "locus standi." Il argumente de la façon suivante : " la malade se plaint de dou-

leur pelvienne, la cause doit être pelvienne et le traitement idem, c'est-à-dire dirigé contre le pelvis.—Il possède un choix de procédés.—Il pensera tout d'abord, très probablement, à une fluxion utérine, et, en avant le pessaire ; peut-être fera-t-il le diagnostic d'une sténose du col et procédera-t-il à la dilatation ou au débridement ; peut-être, encore, s'imaginera-t-il que les ovaires sont les coupables et dès lors, comme moyen héroïque, il décidera de les enlever.

Il peut se faire qu'il tente ces différentes opérations les unes après les autres afin d'avoir la chance de tomber sur l'intervention capable de guérir. Quelquefois il guérit sa malade, d'autres fois il échoue. Quand il réussit, il attribue ce grand résultat directement à l'opération, oubliant que souvent l'effet est obtenu soit par l'effet que l'opération peut exercer indirectement sur le système nerveux, soit par l'influence du repos, du changement de scène, de la diète etc, qui accompagnent forcément l'opération.

L'histoire de la gynécologie nous montre une succession de périodes durant lesquelles, l'attention a été concentrée sur l'un ou l'autre des organes contenus dans le petit bassin.

Avant qu'on pratiquât l'examen bimanuel, lorsque tous les spécialistes ne connaissaient que le speculum tubulaire, la grande cause que l'on supposait à tous les troubles pelviens était "l'ulcération du col." Et ce sont des traditions bien

fondées qui nous rapportent que des fortunes fabuleuses furent amassées par des gens qui passèrent leur vie à toucher ces points malades avec des préparations variées.

Puis on découvrit l'utérus et ce fut l'ère des fluxions et déviations et les contractions auxquelles on remédia par des pessaires, des dilateurs et des ciseaux. Puis l'ère des ovaires et, enfin, celle des tubes.

Maintenant, à la fin du chapitre, que peut faire le gynécologue "fin de siècle" sinon de pratiquer la gamme entière de ses prédécesseurs, apportant une attention spéciale à l'un ou l'autre des viscères suivant son inclination personnelle ou sa prédilection. Ainsi nous voyons le pays se remplir de femmes nourrissant, au fond du cœur, un grief contre leur matrice, leurs ovaires ou leurs tubes et, assez souvent, possédant un livre, un schéma fourni par leur gynécologue, afin, sans doute, qu'elles puissent satisfaire avec plus de science, dans leurs heures de loisir, leur tendance à la contemplation interne, hélas déjà trop prononcée. Celui qui a lu les leçons de Clifford Albuth sur les névropathies viscérales, n'a pas ri, pour son compte, de la femme prisonnière dans le filet du gynécologiste, qui trouve son utérus, comme son nez, un peu sur un côté, ou, encore comme le nez, affecté d'un léger écoulement ou bien flasque comme son biceps. — De sorte qu'enfin, le malheureux utérus est : soit empalé sur un pessaire, ou perché sur une cupule ou barbouillé d'iode ou

d'acide phénique et cela chaque semaine de l'année excepté pendant les grandes vacances d'été.

Qu'on me comprenne bien. Ce n'est ni le traitement local ni les mesures chirurgicales que je viens ici condamner, mais bien l'abus qu'on en fait irrationnellement. Tous nous sommes sujets à cette tentation.

Nous aimons tous parvenir au succès par le plus court chemin. Nous sommes toujours tentés de combattre les symptômes des maladies générales et diathésiques au moyen de petites boules d'ouate fixées au bout de petits batons, et qui sont la "*Bête Noire*" de Clifford Alberth. Il est bien moins malaisé de faire quelques entailles ; d'appliquer quelques points de suture, que d'analyser avec soin et patience un cas embarrassant, difficile, et d'employer toute notre énergie, toute notre volonté à maîtriser un système nerveux détraqué.

Et cependant c'est cette dernière pratique qui doit constamment occuper notre esprit au cours de nos travaux gynécologiques, qui doit être notre étude principale dans nombre de cas où la douleur pelvienne et le malaise génital sont les symptômes capitaux.

Parmi les membres réguliers de la profession médicale, dans les pays les plus civilisés et les plus avancés dans la science moderne, il y a eu un abandon général de toutes les méthodes de traitement qui ne se lassaient pas sur l'emploi de moyens tangibles ou mécaniques. Sans aucun

doute, c'est par opposition aux ridicules prétentions des mystiques du moyen âge et des occultistes de l'est, que s'est développée cette ligne de conduite.

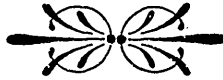
On nous enseigne à dénoncer avec une emphase académique, (et le plus souvent avec droit) les accapareurs de la confiance, les hypnotistes, les faiseurs de miracles religieux," *et hoc genus omne*. Cependant si nous voulions prendre la peine d'étudier sans préjugés et avec attention les plus intéressantes données des empiriques, nous verrions qu'au milieu de leurs réclamations extravagantes et de leur philosophie sentencieuse, ils ont tous été nourris d'une grande pensée primordiale, c'est-à-dire: " que l'esprit a sur l'organisme un pouvoir transcendant; que les effets des maladies peuvent être considérablement modifiés par les influences capables d'agir sur les centres cérébraux et cela, spécialement dans les troubles dus aux névroses.

Il ressort de ces pratiques variées que le monde médical ne peut rien attendre des hypnotistes. Il n'en est pas moins de notre devoir de scruter avec soin leurs prétentions et de démontrer avec sûreté scientifique en quoi ils font erreur, au lieu de nous répandre, contre eux, en un impuissant verbiage.

Ce n'est que par ce moyen qu'on fera disparaître de la terre la race des charlatans.

Que le médecin reconnaisse que dans toutes

ces formes de puissance le suprême facteur des changements opérés dans les états névropathiques est la puissance de conviction et l'auto-suggestion agissant sur les centres corticaux du contrôle, et par eux, sur tout le système nerveux de l'organisme. Il se fera dès lors une loi, lorsqu'il traitera une douleur pelvienne, chez la femme, non seulement d'employer les moyens locaux et opératoires, non seulement de s'aider des toniques généraux, mais de convaincre la malade qu'il faut de toute nécessité éloigner de son esprit la pensée de ses troubles pelviens ; de lui enseigner de se contrôler ; de la consoler ; de lui enlever la crainte et l'inquiétude sur la gravité de son état, et de lui faire comprendre l'importance qu'il y a à contre-carrer le développement de toute névropathie qui pourra se manifester chez elle.



REPRODUCTION

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

CLINIQUE BAUDELOCQUE PAR LE PROF. PINARD

DES HÉMORRAGIES CAUSÉES PAR L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA ET DE LEUR TRAITEMENT

(Leçons recueillies par MM. Argelliès et Le Masson, externes du service, et revues par le professeur.)

En un laps de temps qui n'a guère excédé deux mois, le hasard, qui quelquefois est intelligent, a amené dans nos salles quatre femmes ayant eu, pendant le cours de leur grossesse, et cela à des époques bien différentes, des hémorragies considérables produites par l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. Je veux profiter de cette circonstance pour revenir sur ce sujet si important et je vais m'efforcer de vous tracer aussi clairement et aussi simplement que possible la ligne de conduite à tenir en face de ce redoutable accident. Je prendrai comme thème de cet entretien, ou plutôt de ces entretiens — car je ne pourrai terminer aujourd'hui — les quatre observations de ces femmes que vous avez pu suivre chaque jour et qui toutes, heureusement, mais après des péripéties diverses, sont aujourd'hui en parfaite santé.

1ère OBSERVATION

Il s'agit de cette femme qui a occupé le lit No 33 de la salle La Chapelle. C'est une grande multipare, enceinte pour la septième fois, dont les six premières grossesses ont évolué d'une façon normale. Elle a eu ses dernières règles du 2 au 5 mars et tout s'était passé sans le moindre incident jusqu'au 5 décembre dernier. Mécanicienne, elle avait, à cause des douleurs abdominales qu'elle éprouvait, cessé tout travail depuis quelque temps, quand, à cette date, se trouvant par conséquent dans le neuvième mois, elle fut prise d'une hémorragie légère, laquelle s'arrêta spontanément sous l'influence du repos.

Deux jours après, le 7 décembre, à 6 $\frac{1}{2}$ heures du matin, elle fut prise subitement, en se levant, d'une violente hémorragie. Une sage-femme, appelée en toute hâte, l'examina, fit sans doute le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta et la fit transporter à la clinique Baudelocque.

Elle arriva à 10 heures, à la salle de travail, au moment de la visite : elle était baignée dans son sang, mais ne perdait plus. En pratiquant le toucher, après avoir débarrassé le vagin des abondants caillots, il fut constaté que la femme n'était pas en travail : le col était long et perméable comme cela existe chez toute multipare, surtout chez celles qui viennent de perdre du sang. Au niveau de l'orifice interne, il fut facile de percevoir très nettement, avec la pulpe du doigt, l'existence de cotylédons. Immédiatement après, je constatais, par le palper, l'existence d'une présentation longitudinale, la tête en bas, non engagée. Les bruits du cœur étaient normaux : l'enfant était vivant.

Que faire en présence de cette situation ?

La femme n'était pas anémiée ; le pouls battait à peine 100 pulsations ; les pertes avaient cessé et l'état général restait bon. Je jugeai qu'il n'y avait pas lieu d'intervenir à ce moment. Je fis faire seulement des injections chaudes, non pas pour arrêter l'hémorragie, puisqu'elle l'était, et que ces injections eussent été insuffisantes, mais pour aseptiser le vagin. Je fis, en outre, exercer sur cette malade une étroite surveillance, en recommandant de rompre et de déchirer largement les membranes si une nouvelle hémorragie survenait et d'agir ensuite selon les préceptes suivis dans cette clinique.

La journée se passa sans incident, Mais, brusquement, à 6 heures du soir, survint une nouvelle hémorragie, celle-ci très abondante, alarmante même. La femme n'avait pas encore de contractions douloureuses ; elle n'était pas en travail. Notre sage-femme en chef, Mlle Roze, introduisit la main dans le vagin, puis deux doigts dans le col. Elle les dirigea *directement en haut derrière la symphyse*, et passant sous les cotylédons déjà décollés, sans rien rompre par conséquent, elle finit par rencontrer les membranes qu'elle déchira largement. Mais comme la languette de placenta déjà décollée s'engageait dans l'orifice et que la tête était très élevée, elle introduisit aussitôt un ballon Champetier distendu à son maximum, afin de prévenir un décollement direct et plus considérable du placenta, de par l'engagement de la région fœtale.

L'hémorragie s'arrêta et les contractions douloureuses firent leur apparition.

A 1 heure 20 du matin, le 8 décembre, la femme expulsa le ballon. On se préparait déjà à faire une version, quand, en prati-

quant le toucher, on constata que la tête avait suivi le ballon et était profondément engagée. Dix minutes après, l'accouchement se terminait par l'expulsion spontanée d'un enfant du sexe masculin pesant 3250 grammes, aujourd'hui très bien portant et nourri par sa mère.

Voilà l'histoire très intéressante de notre parturiente ; tirons-en maintenant les déductions théoriques et pratiques qu'elle comporte.

Disons tout d'abord que l'insertion vicieuse du placenta, qui produit l'hémorragie, s'observe souvent et surtout chez les grandes multipares. C'est là un fait d'expérience constaté depuis longtemps par tous les accoucheurs ; nous n'avons pas à y insister. De plus, l'hémorragie est survenue à la fin de la grossesse ; c'est encore la règle chez les multipares ayant eu beaucoup d'enfants ; chez les primipares, ces accidents surviennent beaucoup plus tôt. Enfin, les deux hémorragies des 5 et 7 décembre se sont manifestées insidieusement et arrêtées d'elles-mêmes. Jusque là, rien de nouveau ; c'est la confirmation de ce que nous savons déjà depuis longtemps.

Un premier point à discuter est la *sensation des cotylédons placentaires* ressentie par Mlle Roze, lorsqu'elle a pratiqué le toucher la première fois. Y avait-il là une insertion centre pour centre, comme on pourrait l'admettre, et comme d'ailleurs quelques accoucheurs l'admettent aujourd'hui ? Je n'ai jamais, pour ma part, rencontré ce mode d'insertion, et, dans le cas actuel, je ne l'admets pas davantage. En effet, le palper démontrait, d'une façon très nette, l'existence du placenta sur la paroi postérieure, car la tête, facile à sentir, était directement en contact avec la paroi utérine antérieure ; on percevait très bien, par le palper, la tête recouverte par la paroi utérine très mince et au niveau de laquelle il n'y avait pas trace de placenta. Si, pour déchirer les membranes, on avait, comme on a tendance à le faire, dirigé les doigts en arrière, on aurait transpercé le placenta. C'est ainsi que je m'explique ce soi-disant mode d'insertion centre pour centre si souvent observé ailleurs, d'après des placentas troués. Au lieu de cela qu'a-t-on fait ? On a ménagé la portion de placenta décollée et venue progressivement par glissement au niveau et en avant de l'orifice interne ; on a glissé deux doigts *en avant, derrière la symphyse* ; on est arrivé directement sur les membranes et on a pu les rompre sans produire aucun décollement nouveau du placenta.

Le deuxième point à discuter est celui-ci : *pourquoi ai-je conseillé l'expectation armée, c'est-à-dire une étroite surveillance, des injections chaudes et rien de plus ?* Parce que l'état général de la femme était bon et qu'il pouvait s'écouler un temps plus ou moins long avant l'apparition de nouveaux accidents. C'était donc autant

de gagné pour le fœtus, car il ne saurait, avant terme, avoir un meilleur lieu de développement que l'utérus. Quel que soit l'âge de la grossesse, que la femme soit en travail ou non, étant donné un cas pareil, de deux choses l'une : ou bien le pouls est au-dessus de 100 ; ou bien il est au-dessous. Est-il au-dessus de 100 ? — Intervenez immédiatement. Attendez, au contraire, s'il est au-dessous.

Une nouvelle hémorragie survient-elle, comme celle qui se produit le soir chez notre femme, il ne saurait y avoir d'hésitation : *ne tamponnez pas, mais déchirez largement les membranes*. Je reviendrai tout à l'heure sur la première partie de ma proposition ; j'aborde immédiatement la seconde : il faut déchirer largement les membranes. Et dans quel but ? — Pour faire appliquer la partie fœtale qui se présente ? — Non ; mais pour empêcher un nouveau décollement du placenta. C'est là un précepte qu'il faut suivre, même pendant la grossesse en dehors du travail, lorsque la vie de la femme se trouve compromise, et votre criterium sera l'indication formelle de l'intervention : l'accélération du pouls.

La simple ponction de l'œuf serait complètement insuffisante. C'était jadis le moyen employé par Mauriceau, Puzos, etc. Il y a, entre ces deux méthodes, la ponction et la déchirure large, que j'ai préconisée, une différence plus considérable qu'on ne voudrait le faire croire : par la ponction, une fois les eaux écoulées, sans doute la tension de l'œuf diminue, mais elle n'empêche pas les tiraillements du chorion, d'où décollement du placenta et l'hémorragie peut fort bien persister. Seule, la déchirure large des membranes prévient la distension et les tiraillements du chorion.

Mais la rupture large des membranes, quelle que soit son efficacité, ne peut agir *que sur le décollement indirect* du placenta, c'est-à-dire sur celui qui résulte des tiraillements du chorion. Elle ne peut *rien contre le décollement direct*, lequel a lieu quand une partie fœtale, en s'engageant, vient appuyer directement sur le placenta. Dans notre observation, une languette de l'arrière-faix comblait, en partie, l'orifice du col, comme cela se produit souvent. Or, l'engagement de la partie fœtale ne peut alors se faire qu'en entraînant le placenta et en déterminant ainsi une hémorragie redoutable. Déchirer largement les membranes, c'était bien : le décollement indirect se trouvait ainsi combattu, mais, contre le décollement direct, il fallait quelque chose de plus. Voilà pourquoi l'introduction d'un ballon Champetier, c'est-à-dire d'un ballon incompressible, devenait nécessaire, et pour arrêter le décollement direct, et pour accélérer le travail et pour permettre la dilatation complète sans engagement de la région fœtale. Quel a été le résultat de cette façon d'agir ? La cessation complète de l'hémorragie, d'une part ; et, de l'autre, l'existence d'un travail qui s'est fait très régulièrement en

veillant à la déplétion et à la réplétion du ballon suivant les besoins de la cause.

Ce dernier expulsé, vous avez pu voir que dans le cas où la tête ne se serait pas engagée, Mlle Roze se préparait à faire une version pour manœuvres internes, afin d'obtenir une extraction rapide du fœtus. Car je ne suis pas partisan de la version bi-polaire ou par manœuvres mixtes dite de Braxton-Hicks ; entre les mains de ses meilleurs défenseurs, opérateurs habiles, elle donne encore une mortalité fœtale de 75 à 80 p. c. Je la crois absolument dangereuse pour le fœtus, pour cette raison que les manœuvres multiples qu'elle nécessite provoquent une excitation du réflexe respiratoire et déterminent par là même des respirations prématurées ; de là la cause de la mort. De plus, elle n'est pas applicable à tous les cas.

Ceci étant, je reviens à la question du tamponnement. Je ne parle même pas du seigle ergoté, ni des injections d'ergotine ou d'ergotinine. Si cette médication est bien à tout jamais anéantie, il n'en est pas encore de même du tamponnement. Et bien qu'il paraisse superflu, peut-être de vous en parler à nouveau, je veux y revenir encore une fois, car il est des morts qu'il faut tuer.

Les partisans du tamponnement l'admettent encore, parce que, disent-ils, il oppose une digue infranchissable au sang. Or, le tampon est rarement une digue infranchissable : presque toujours, après une première application de tampon, on est obligé de recourir à une deuxième, à une troisième, à une quatrième et, malgré tout, le sang filtre peu à peu d'une façon continue. Voilà ce qui résulte de la plupart des observations publiées par les accoucheurs partisans de ce procédé, et cela alors même qu'il a été appliqué par les opérateurs les plus expérimentés et les plus habiles.

En second lieu, d'une application très difficile, le tamponnement est douloureux pour la femme, et fût-il imperméable, il ne peut constituer qu'un moyen aveugle.

En effet, à supposer que rien ne s'écoule plus au dehors, le sang peut s'accumuler en arrière, ainsi que je l'ai constaté à l'autopsie chez la seule femme qu'il m'ait été amenée du dehors bien tamponnée. C'est donc un moyen aveugle, puisqu'il n'attaque pas la cause de l'hémorragie. Aussi, presque tous les enfants meurent, pendant que, de leur côté, les mères courent elles-mêmes un grand danger.

Enfin, au point de vue de l'asepsie, cette méthode n'est pas indifférente, car elle n'est que trop souvent une cause d'infection chez les femmes tamponnées, comme nous allons le voir dans notre deuxième observation.

2ème OBSERVATION

Insertion vicieuse du placenta. Hémorragies abondantes ayant déterminé un état anémique profond. Femme tamponnée en ville et

amenée exsangue. Rupture artificielle des membranes. Délivrance artificielle. Injections de sérum. Infection. Irrigations intra-utérines. Irrigation continue. Curettage. Injection de sérum anti streptococcique. Guérison.

La nommée P... Eugénie, 22 ans, couturière, entre à la clinique Baudelocque le 22 décembre 1895, à 4.45 h. du soir.

Ses deux premières grossesses se sont terminées en 1893 et en 1894 (celle-ci à la clinique Baudelocque) par deux accouchements spontanés et à terme.

La grossesse actuelle a évolué d'une façon normale jusqu'au 15 décembre. Elle avait eu ses dernières règles du 10 au 12 mai 1895 et se trouvait par conséquent à la fin du septième mois.

Le 15 décembre, en conduisant sa fille à l'hôpital, elle est prise d'une hémorragie ; néanmoins, elle continue de travailler pendant trois jours. Le quatrième jour, comme elle perdait beaucoup, elle fait venir une sage-femme qui, pour tout traitement, lui dit de garder le lit en ajoutant que ça ne sera rien. L'hémorragie diminue d'intensité mais ne cesse pas complètement. Le lendemain et pendant deux jours, elle reprend ses occupations.

Le 22, à 4½ h. du matin, l'hémorragie augmente d'intensité. La malade se lève, fait du feu et est prise d'une syncope. On attend un médecin de 7 heures du matin à midi, et comme il ne vient pas, on en mande un second qui la tamponne, ordonne une potion et conseille le transport à la clinique.

On l'amène à la clinique Baudelocque le 22 décembre, à 4½ h. de l'après-midi, dans une voiture des Ambulances urbaines. Elle est transportée à la salle de travail, où l'on constate l'état suivant :

Cette femme, absolument exsangue, ne peut prononcer une parole. Elle est sans connaissance ; le pouls, filiforme, bat 140 ; les extrémités sont froides, *le réflexe cornéen est aboli*. C'est un cadavre chaud.

En pratiquant le toucher, Mlle Roze trouve dans le vagin un bourdonnet d'ouate du volume d'une noix environ (le reste du tampon était, paraît-il, tombé au moment où l'on mettait la femme en voiture.) Une partie du placenta décollé recouvre l'orifice. Mlle Roze trouve à gauche les membranes très tendues et les déchire largement.

Immédiatement après, l'hémorragie s'arrête. A ce moment la dilatation est grande comme une pièce de deux francs ; la tête descend et s'applique bien sur l'orifice sans entraîner le placenta.

Sur ces entrefaites, on pratique une première injection de 150 grammes de sérum.

La dilatation progresse très rapidement. Le cordon, qui fai-

sait prociidence, au moment de la rupture des membranes, n'était plus animé de battements. Δ 5h. 10, expulsion du fœtus mort.

Il suffit d'une dizaine de minutes après la *première injection de sérum* pour que la femme sorte de l'état syncopal dans lequel on l'avait amenée : la face se colore légèrement, le pouls, toujours rapide, devient plus perceptible. On fait une *deuxième injection de sérum* de 200 grammes, puis Mlle Roze pratique la délivrance artificielle suivie d'une injection intra-utérine très chaude et prolongée. Bientôt, le liquide ressort très clair " le globe de sureté " est très net, l'hémorragie a complètement cessé.

Troisième injection de sérum, 350 grammes. Champagne. Inhalation d'oxygène. On replace la femme dans son lit, elle est entourée de linges chauds. A ce moment le pouls est à 120 ; la température est de 37°2.

Quatrième injection de sérum de 350 grammes à 9 heures du soir. Pouls 108. Mais si nous avons combattu victorieusement l'hémorragie, nous allons avoir à lutter contre cet autre accident : l'infection.

En effet, les suites de couches ont été pathologiques. Pour combattre l'infection, on fait d'abord des injections intra-utérines, puis de l'irrigation continue, puis on a pratiqué le curettage et enfin des injections de sérum anti-streptococcique. Cette femme est aujourd'hui complètement guérie.

Dans cette observation nous voyons apparaître l'hémorragie non plus quelques jours seulement avant le terme de la grossesse, mais vers le septième mois. *Mais nous voyons surtout les effets du tamponnement !*

Depuis plus de vingt ans, combien sont nombreuses les femmes que j'ai vu amener dans les services d'accouchement soi-disant tamponnées ! Eh bien, je vous le déclare, j'ai rencontré la *digne infranchissable*, le tamponnement bien fait, une seule fois, chez la femme dont je vous ai parlé tout à l'heure, qui mourut en arrivant dans mon service à Lariboisière, et qui avait un kilogramme de caillots derrière le tampon.

Dans tous les autres cas, le tamponnement était embryonnaire. Du reste vous pouvez vous en convaincre en allant visiter notre Musée, car nous collectionnons les tampons des femmes apportées chez nous.

Qu'a-t-on fait dès l'entrée de cette femme dans le service ? On a simplement déchiré largement les membranes et immédiatement l'hémorragie s'arrêta. Vraiment j'aurais commandé une observation pour justifier la méthode thérapeutique que je préconise, que je ne l'eusse pas désirée aussi convaincante.

Cette observation est encore extrêmement intéressante et importante à deux points de vue.

D'abord, ceux d'entre vous qui étaient là au moment de l'entrée de cette femme n'oublieront de leur vie, j'en suis certain, ce qu'ils ont vu, car ils ont assisté à une résurrection, résurrection due à l'initiative de ma sage-femme en chef, que je suis heureux de féliciter publiquement.

Le sérum salin s'est montré dans toute sa puissance.

Vous avez pu constater la rapidité de son action alors qu'il est injecté dans le tissu cellulaire. Vous voyez qu'il est absolument inutile d'avoir recours aux injections intra veineuses qui nécessitent un certain outillage et une habileté spéciale.

On a donc fait à cette femme, en quelques heures, quatre injections qui ont permis de lui faire absorber 1350 grammes de sérum salin.

Si notre joie était grande d'avoir ainsi brillamment vaincu l'hémorragie, elle n'était cependant pas sans mélange. Instruit par l'expérience, je sais combien les femmes qui ont perdu beaucoup de sang constituent un terrain favorable, un bouillon de culture approprié au développement des micro-organismes pathogènes et je sais aussi combien le fameux tamponnement n'est souvent qu'un ensemencement ; donc je redoutais l'infection et je n'avais pas tort.

Quarante-huit heures après, les premiers symptômes infectieux apparurent et nous dûmes lutter longuement. Je ne puis entrer aujourd'hui dans les détails de la thérapeutique appliquée en cette circonstance. Ceux d'entre vous qui n'ont point assisté à nos efforts trouveront dans un ouvrage qui va paraître la méthode sur les procédés employés (1). Quelle part revient dans la guérison de l'infection de cette femme, à l'irrigation continue, au curettage, au sérum anti-streptococcique ? je ne puis le dire encore.

Bien que j'emploie le sérum anti-streptococcique depuis un an je veux atteindre la fin de l'année pour vous donner mon opinion à ce sujet, car alors seulement elle sera appuyée sur des faits nombreux et sur des éléments comparatifs suffisants.

Je vous ferai simplement remarquer que cette femme a quitté le service n'ayant pas eu de phlegmatia alba dolens, et ne présentant aucune lésion, aucune induration au niveau de son appareil génital.

Je passe à la troisième observation.

3ème OBSERVATION

Insertion vicieuse du placenta. Femme tamponnée en ville pour hémorragie. Persistance de l'hémorragie. Déchirure des membranes et introduction d'un ballon Champetier. Extraction d'un enfant mort. Délivrance artificielle.

La nommée H... Eugénie, vingt-neuf ans, ménagère, entre à la Clinique Baudelocque le 6 janvier 1896, à 6 heures 30 du matin.

Cette femme, secondipare, a eu une première grossesse normale qui s'est terminée le 20 octobre 1894 à la Clinique Baudelocque par un accouchement spontané à terme (sommet).

Les dernières règles ont eu lieu du 22 au 25 juillet ; elle n'a jamais cessé de travailler jusqu'à l'époque actuelle.

Le 15 novembre 1ère *hémorragie*, laquelle se continue pendant trois ou quatre jours en petite quantité. La malade n'en continue pas moins de travailler, fait seulement des injections chaudes et l'hémorragie s'arrête spontanément.

Le 6 janvier 1896, à 3½ h. du matin, 2ème *hémorragie*. Celle-ci se produit brusquement et abondamment et, de ce fait, réveille la malade. Un médecin est immédiatement appelé et pratique un tamponnement vaginal. L'hémorragie s'arrête pendant une demi-heure, puis le sang recommençant à filtrer à travers le tampon, le médecin fait conduire cette femme à la Clinique Baudelocque où elle arrive sur un brancard à 6½ h. du matin.

A son entrée à la salle de travail, on retire du vagin un tampon formé de six bourdonnets d'ouate et on fait une injection vaginale prolongée : l'hémorragie s'arrête.

A l'examen, par le valper, on constate que les parois abdominales sont très épaisses et qu'il existe une présentation du siège en D. T. Le bassin est normal, l'auscultation est négative, le col long ; il y a des varices et de l'œdème des membres inférieurs, surtout marqué du côté gauche. Fœtus mort.

Malgré l'hémorragie, l'état général est resté bon : le pouls bat 80, la température est à 37o2, le facies est coloré ; il n'y a que des contractions utérines rares et peu intenses.

A 1 heure de l'après-midi, réapparition d'un écoulement sanguin, peu considérable, qui cède à une injection chaude mais se reproduit au bout d'une heure.

Mlle Roze introduit alors la main dans le vagin, perçoit une partie du placenta décollé engagé dans le col, et dirigeant deux doigts très haut et à gauche, elle finit par sentir les membranes, mais leur très grande flaccidité en rend la rupture très difficile.

Les membranes largement déchirées, à 2 heures elle introduit un ballon Champetier incomplètement distendu (400 gr. de liquide environ).

A ce moment, le pouls est à 120, l'hémorragie est complètement arrêtée, mais bientôt la femme pâlit et est dans un état syncopal. On la ranime à l'aide de boissons alcoolisées et le pouls, quoique faible, redescend vite à 96. On juge inutile de faire des injections de sérum salin.

A 2½ h., on retire 20 grammes de liquide du ballon ; les contractions utérines deviennent fréquentes et énergiques.

A 4.20 h., pouls 76. Dilatation complète, extraction du ballon.

A 4.30 h., extraction du fœtus qui se présente par le siège. L'enfant mort-né pèse 1260 grammes. La délivrance artificielle est immédiatement pratiquée et suivie d'une injection intra-utérine prolongée.

Depuis lors, l'état général est demeuré excellent, le pouls est revenu à l'état normal et y est resté ainsi que la température.

Cette observation est intéressante, surtout par l'apparition précoce de l'hémorragie. En effet, le premier écoulement sanguin eut lieu le quatrième mois et se reproduisit avec assez de violence pour interrompre la grossesse avant la fin du sixième mois.

Vous pouvez encore constater ici l'insuffisance du tamponnement et vous avez pu voir, de par l'emploi des moyens que vous connaissez, avec quel succès on a fait cesser l'hémorragie.

Je n'insiste pas et j'arrive à la quatrième et dernière observation.

4ème OBSERVATION

Mme X..., 31 ans, couturière, entre à la Clinique Baudelocque, salle Levret, N° 93, le 17 février 1896, pour des hémorragies datant de six mois.

Elle raconte qu'elle a eu en 1888 une première grossesse suivie d'un accouchement spontané et prématuré (8 mois).

Les dernières règles normales ont eu lieu du 5 au 9 septembre 1895. Le 27 septembre, apparition d'un léger écoulement sanguin qui n'a pas duré. Des vomissements très abondants et des douleurs abdominales ont marqué le début de cette seconde grossesse et, dès les premiers jours de novembre, les douleurs ont pris une telle intensité que cette femme a dû cesser tout travail, puis s'aliter presque continuellement.

Le 17 janvier 1896, apparition d'un écoulement séreux, grisâtre et fétide, lequel cesse au bout de huit jours et est remplacé par un écoulement sanguin continu plus ou moins intense. Depuis le 25 janvier, date de son apparition, la malade a toujours été dans le sang. Les hémorragies avaient lieu la nuit comme le jour et étaient plus abondantes pendant la nuit. Dans cette première période de la grossesse, la malade a été successivement examinée par

deux médecins : le premier fit le diagnostic de grossesse anormale ; le second crut à l'existence d'une tumeur.

Le 1er février, elle entre à la Maison Municipale de santé, d'abord dans un service de médecine, puis dans le service de chirurgie du Dr Tuffier qui fait sans doute le diagnostic de grossesse, car il conseille à la malade de rentrer chez elle et de garder le repos absolu afin d'éviter un avortement possible.

Du 9 au 17 février, elle reste chez elle, mais les pertes continuant toujours, son médecin redoutant une grossesse extra-utérine lui conseille d'entrer à la Clinique Baudeloque.

Par le palper on constate la présence d'une tumeur abdominale, qui n'est autre que l'utérus gravide dont le fond dépasse l'ombilic.

Examen à l'entrée. On fait le diagnostic de grossesse de quatre mois et demi environ avec placenta inséré sur le segment inférieur. L'enfant est vivant, ainsi que le démontre la perception des mouvements actifs et des battements du cœur fœtal. Les divers appareils ne présentent rien de particulier à noter. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Mais la décoloration des téguments et des muqueuses est très accentuée ; toutefois, comme l'état général se maintient assez bon, que le pouls, régulier, oscille entre 70 et 80 pulsations, on se contente de surveiller étroitement la malade en lui faisant garder le repos absolu et en pratiquant des injections chaudes plusieurs fois par jour. Bref, en dépit de l'hémorragie persistant depuis le 25 janvier, on se borne à l'expectation armée, quitte à intervenir à la première alerte.

Le 29 février, à 5½ h. du soir, les contractions utérines douloureuses apparaissent et, comme elles deviennent de plus en plus intenses, on fait transporter la malade à la salle de travail. A 2 heures du matin, le 1er mars, on trouve une dilatation des dimensions d'une pièce de deux francs et on perçoit très nettement *les membranes épaissies et tendues*, puis, quelque temps après, on ne retrouve que le placenta au niveau de l'orifice, mais en remontant un peu en haut et à gauche derrière la symphyse, on rencontre le siège, lequel est orienté en S. I. G. A.

A 2 hrs 20, l'œuf est expulsé en entier, le placenta le premier, sans qu'il y ait eu hémorragie pendant toute la durée du travail. Le placenta, comme vous pouvez le voir, occupe la presque totalité des membranes. En avant, il couvre un tiers de l'œuf ; en arrière, il remonte très haut jusqu'au cou du fœtus.

Injection intra utérine prolongée immédiatement après l'expulsion de l'œuf.

Les suites de l'avortement ont été absolument normales.

Cette observation offre les particularités suivantes :

1o Elle démontre de la façon la plus nette que des hémorragies

peuvent se produire dès les premiers mois de la grossesse lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur. L'hémorragie débute ici à la fin du premier mois et ne cesse pas, pour ainsi dire, pendant cinq mois.

2o Elle rappelle les observations de Simson dans lesquelles le placenta a été expulsé le premier sans qu'il y ait eu hémorragie pendant le travail.

3o Enfin elle prouve, de la façon la plus évidente, le glissement du placenta sur l'orifice pendant la période de dilatation, puisque, au début, on ne percevait que des membranes et que ce ne fut que quand la dilatation dépassa la grandeur d'une pièce de deux francs qu'on sentit le bord du placenta, puis, à la dilatation complète, deux placenta partout.

Certes, en examinant l'œuf intact, tel que je vous le présente, il serait difficile de ne pas admettre l'insertion centrale.

Vous voyez par conséquent comment ont peu de valeur les autopsies des placentas, les examens des œufs non en place, au point de vue du lieu d'insertion du placenta. Mais je n'insiste pas davantage aujourd'hui sur ce point.

Je désire vous rappeler ce fait, à savoir que chez la femme dont je viens de vous résumer l'observation, l'hémorragie ne s'est jamais montrée grave par son abondance ; elle ne devint dangereuse que par sa continuité et sa persistance. La surveillant avec grand soin, j'étais prêt à intervenir, c'est-à-dire à interrompre la grossesse si le pouls s'était élevé à 100.

Je termine en résumant la conduite que je préconise et que je vous conseille.

1o Quand, pendant la grossesse ou pendant le travail, une hémorragie causée par insertion vicieuse du placenta se déclare et est assez grave pour produire une accélération du pouls telle qu'il dépasse 100, il faut intervenir.

2o L'intervention doit avoir pour but de faire disparaître la cause de l'hémorragie et de hâter autant que possible l'expulsion du fœtus (1). La déchirure des membranes fera cesser la cause première et sera le plus souvent insuffisante. L'introduction d'un ballon incompressible fera cesser la cause seconde quand elle se produira, c'est-à-dire empêchera la région fœtale de décoller directement le placenta en s'engageant et hâtera le travail.

3o Quand, ce qui arrive souvent, des hémorragies se produisent pendant la période de délivrance, soit avant, soit après l'expulsion ou l'extraction du placenta, recourir aux injections intra-utérines prolongées avec de l'eau chaude à 48 ou 50.

(1) Il est je pense, inutile d'ajouter que quand l'enfant se présente par l'épaule il faut transformer cette présentation transversale en présentation longitudinale.

4o Quand la quantité de sang perdu a été considérable et détermine des symptômes d'anémie aiguë grave, recourir aux injections de sérum salé pratiquées dans le tissu cellulaire, avec des doses variant de 200 à 2000 grammes, suivant la gravité des cas.

C'est en appliquant rigoureusement ces préceptes que nous avons obtenu les résultats que vous connaissez (1), et c'est en comparant ces résultats avec ceux obtenus par d'autres accoucheurs employant d'autres méthodes, que je crois avoir le droit et le devoir de vous dire : je ne connais pas, à l'heure actuelle, de meilleure méthode thérapeutique que celle que je vous conseille.

PILULES CONTRE LA CYSTITE CHRONIQUE. — M. L. JAYS.

Bleu de méthylène.....0 gr. 08 centig.

Talc de Venise pulvérisé..... 0 — 12 —

Lanoline.....Q. S.

Mélez. Pour une pilule. Faites vingt pilules semblables. — A prendre : deux à quatre pilules par jour.

S'éliminant par l'urine qu'il colore en bleu verdâtre et étant doué d'une action à la fois analgésique et antiseptique, le bleu de méthylène remplirait les deux indications capitales du traitement de la cystite, qui sont combattre la douleur et réaliser, dans la mesure du possible, l'antisepsie des voies urinaires.

—*La Semaine Médicale.* ♦

VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE

Le Dr Rech rapporte un nouveau cas où l'orexine aurait eu un heureux effet dans un cas très sérieux de vomissement de la grossesse. Tous les autres médicaments connus avaient été employés sans succès lorsqu'il eut recours à l'orexine à la dose de trois grains en cachet. L'effet fut rapide et les vomissements cessèrent après la troisième dose.

—*American Med.-Surg. Bulletin.*

Note de la Rédaction.—Nous pouvons rapporter un cas analogue arrivé dans notre clientèle il n'y a pas bien longtemps. Nous avons donné sans succès la cocaïne, le chloroforme, la teinture de noix vomique, la teinture d'iode, le carbonate de lithine, etc., quand nous eûmes recours à l'orexine à la dose de trois grains (en cachet) toutes les six heures. Les vomissements cessèrent le deuxième jour, et ne reparurent pas.

(1) Voyez Fonctionnement de la clinique Baudelocque.

THERAPEUTIQUE

PNEUMONIE

PAR LE DOCTEUR G. LEMOINE

La pneumonie est une maladie infectieuse et, à ce titre, son étude aurait dû être placée à côté de celle de la fièvre typhoïde et de la grippe, car son traitement emprunte la plupart de ses méthodes à la thérapeutique des maladies microbiennes. Elle a une marche cyclique, à début et à déclin brusques; elle s'accompagne d'une forte fièvre et de troubles respiratoires divers dus, d'abord à une congestion pulmonaire, puis à une exsudation fibrineuse qui se fait à l'intérieur des alvéoles. Mais cette localisation à une partie plus ou moins étendue du poumon ne doit pas faire oublier que c'est une maladie générale, et que les micro-organismes qui leur donnent naissance sont disséminés dans tout l'organisme où ils peuvent déterminer de nombreuses complications. Ses symptômes généraux empruntent à cette généralisation une partie de leurs caractères et, dans bien des cas, sont plus marqués que ceux qui dépendent de la lésion pulmonaire. Il faut donc traiter la pneumonie comme une maladie générale infectieuse et n'accorder une attention particulière aux lésions pulmonaires que lorsqu'elles produisent, d'une façon toute mécanique du reste, des désordres trop grands du côté de la respiration ou de la circulation.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.—Ce sont celles des maladies infectieuses, mais il faut leur ajouter les indications spéciales qui sont fournies par l'état des poumons. Tour à tour, selon les cas, c'est la thérapeutique de l'infection générale ou celle des lésions locales qu'il faut faire; ce qui fait qu'on ne peut établir aucune règle bien fixe, applicable à tous les pneumoniques. Autrefois, on leur imposait des médications systématiques, tartre stibié, saignée, etc., selon les idées théoriques régnantes; c'est un écueil à éviter, car il n'est pas de maladie qui demande à être traitée avec plus d'éclectisme que la pneumonie. Tout récemment, la découverte de son origine microbienne avait fait chercher une médication spécifique, on ne l'a pas trouvée, et toute médication antiseptique systématique doit être évitée. Nous ne pouvons rien sur l'évolution du processus qui s'opère dans le poumon; elle doit se faire dans un temps déterminé et selon des transformations connues, aussi est-il inutile de chercher à diminuer sa durée, tout ce que nous pouvons faire, c'est d'empêcher que l'organisme n'épuise inutilement ses forces pendant toute la période où il lutte contre l'infection.

On retrouve ici les indications déjà données quand il s'agissait des maladies infectieuses: Hygiène sévère de l'appartement et du malade, diurèse abondante pour favoriser les éliminations, lutte

contre les agents septiques, lutte contre l'hyperthermie ; ici il faut ajouter qu'il est souvent indispensable de limiter autant que possible la congestion pulmonaire et de soutenir les forces du cœur et du système nerveux, qu'épuisent vite les troubles circulatoires nés de l'état du poumon.

HYGIÈNE DU PNEUMONIQUE.—C'est celle qui a déjà été indiquée à propos du traitement de la fièvre typhoïde. Le malade doit rester au lit, mais autant que possible dans une position demi assise pour éviter la congestion passive des bases des poumons. Sa chambre sera aérée avec grand soin et souvent ; les rideaux et les tentures seront enlevés, ou tout au moins réduits à leur minimum de surface. Il revêt de la flanelle, s'il n'en portait pas déjà auparavant, se couvre très suffisamment sur le ventre et les membres inférieurs, mais n'a pas besoin de se surcharger la poitrine de gilets et de châles. Les malades que l'on maintient trop couverts sont gênés dans leur respiration et ne tirent aucun profit de ces précautions inutiles.

Il faut leur défendre de cracher dans des mouchoirs et leur donner un crachoir que l'on désinfecte avec soin. La pneumonie est fort contagieuse et les crachats séchés sèment des germes dangereux pour ceux qui entourent le malade. Le linge de corps sera maintenu très propre et au besoin renouvelé chaque jour et même plus souvent s'il le faut.

DÉBUT DE LA PNEUMONIE.—La pneumonie débute brusquement, il est rare qu'on ait à traiter ses malaises prodromiques toujours si fugitifs. Il n'y a pas de médication abortive à tenter, car on ne réussit jamais à arrêter son évolution, et la saignée, jadis conseillée, ne sert qu'à épuiser le malade.

Dans la majorité des cas, il n'y a rien à faire pendant la première journée de la maladie, sauf cependant quand elle s'accompagne d'embarras gastrique et de symptômes de congestion du foie. Dans ce cas, il est indiqué de commencer le traitement en donnant un vomitif, 1 gr. ou 2 de poudre d'ipéca, en paquet de 0,40, un toutes les deux minutes, suivis de l'absorption de thé ou d'eau tiède jusqu'à ce que les vomissements se produisent. Si le sujet est débilité, on remplace l'ipéca par un purgatif salin abondant. Il ne faut employer le tartre stibié que chez les individus vigoureux, capables de supporter l'affaissement moral qu'il provoque.

Ire INDICATION.—MÉDICATION DÉCONGESTIVE.—Quand la pneumonie est peu étendue et la dyspnée peu marquée, qu'il n'existe pas de signes de congestion pulmonaire menaçante, il est presque inutile de faire de la révulsion sur le thorax et l'on peut attendre qu'une indication précise se montre.

Mais presque toujours le *point de côté* cause une douleur et une gêne respiratoire qu'il importe de faire cesser. On y arrive soit en appliquant sur le point douloureux une ventouse sèche ou scarifiée, ou une mouche de Milan, soit, si ces moyens ne suffisent pas, en faisant une injection de morphine.

Existe-t-il une menace congestive, aussitôt un traitement spécial s'impose. Je le fais consister en l'emploi à l'intérieur de sulfate de quinine et d'ergot de seigle, 0,50 de chaque, en un paquet le matin vers huit heures, et en une révulsion sur le thorax ou même en une dérivation par une saignée générale.

Selon les cas, la révulsion sera faite par des moyens différents. A-t-on affaire à une pneumonie du type congestif chez un individu jeune et vigoureux, avec température élevée, figure congestionnée et grande gêne respiratoire, il ne faut pas hésiter à faire au bras une saignée d'environ 300 grammes. On a beaucoup trop dédaigné la saignée, qui, dans ce cas particulier, peut rendre les plus grands services en coupant court à des phénomènes respiratoires graves.

Si la saignée n'est pas possible, le malade ne paraissant pas très robuste, il faut la remplacer par des sangsues ou par des ventouses scarifiées, en nombre variable, suivant l'intensité des troubles produits par la congestion et suivant la résistance du sujet.

Enfin, quand une émission sanguine doit être complètement rejetée, il faut recourir aux ventouses sèches, appliquées en nombre aussi grand que possible sur la région malade, et répétées matin et soir, pendant tout le temps que c'est nécessaire.

Mais dans aucun cas il ne faut mettre de *vésicatoire*. Appliqué tout au début de la pneumonie pendant la période de congestion, il n'a jamais la moindre action sur le phénomène que l'on veut combattre ; il augmente les troubles nerveux par suite de la douleur et de l'insomnie qu'il amène, et, chose plus grave, il peut fermer le rein, dont le bon fonctionnement est si utile, dans la pneumonie.

Lorsque la congestion se traduit par des crachats hémoptoïques abondants, il est bon d'augmenter la dose d'ergot de seigle et d'en donner 1 gr. à 2 gr. en 24 heures, à la condition toutefois que le muscle cardiaque fonctionne normalement.

2e INDICATION.—SOUTENIR LE COEUR.—Elle est le complément nécessaire de la médication décongestive externe qu'elle aide puissamment. Comme M. Huchard l'a fait si justement remarquer, nous ne pouvons presque rien sur le processus pneumonique, et la thérapeutique doit avoir ici pour un de ses principaux objets de maintenir l'énergie du cœur pendant la durée de la pneumonie. A lutter contre l'obstacle si grand que lui crée l'hépatisation pulmonaire, le cœur se fatigue peu à peu et finit quelquefois par faiblir. Aussi faut-il donner des toniques du cœur dès le début de la maladie, avant que cet organe soit affaibli, car alors il est bien difficile de le remettre en état.

En conséquence, si l'importance de l'hépatisation fait craindre que le cœur ne finisse par s'épuiser, et si, d'autre part, des signes, tels qu'un pouls plein et dur, des battements cardiaques fortement frappés, une dyspnée angoissante, indiquent que la circulation se ressent de l'énerverment cardiaque, il faut de suite donner de la digitale. La préparation que je préfère est l'infusion de feuilles de digitale, quand cette plante n'a pas vieilli pendant trop longtemps en pharmacie, à la dose de 0, 50 à 0, 60 pour un adulte ; cette dose peut être continuée pendant deux jours sans inconvénient aucun, on la diminue ensuite graduellement de 0, 10 par jour, ou plus rapidement s'il le faut.

M. Huchard a préconisé la digitaline cristallisée en solution au millième, dont il donne de 30 à 50 gouttes, mais pendant un jour seulement, pour n'y revenir que plusieurs jours plus tard et, s'il y a lieu, à la dose de 20 gouttes seulement. Il préfère la digi-

taline à la digitale parce que sa composition est plus constante et ses effets plus constants.

On a même donné la digitale à des doses fort considérables, plusieurs grammes par jour, et on en a retiré, paraît-il, de fort bons résultats. Néanmoins avant de faire passer cette médication dans la pratique il est bon qu'elle ait été mieux expérimentée. La dose que je ne dépasse pas, de 0, 60, agit comme soutien du cœur, et c'est tout ; je ne recherche ici ni une action en quelque sorte spécifique contre la pneumonie, ni une action antithermique. A des doses plus élevées et plus prolongées, son emploi me paraît dangereux et ne répond plus du tout aux indications pour lesquelles on doit la prescrire.

On peut donner la digitale même quand il existe de l'albuminurie fébrile, qui est presque de règle du reste au début de la pneumonie ; son emploi n'est contre indiqué que lorsque l'examen microscopique révèle l'existence de cylindres épithéliaux, indice d'une lésion profonde des reins. Elle est, dans la pneumonie, bien préférable à la caféine.

3ème. INDICATION.—DIMINUER L'HYPERTHERMIE.—Pas plus dans la pneumonie que dans les autres maladies infectieuses fébriles, l'hyperthermie ne constitue un symptôme que l'on doive combattre directement. Elle est liée à la gravité de l'infection, exerce son action sur les centres nerveux et tient par conséquent surtout à la pullulation microbienne ou à l'imprégnation de l'organisme par les toxines. Dans ces conditions, les médicaments qui abaissent la température en déglobulisant le sang, comme l'antipyrine, la phénacétine, l'antifébrine, nous font croire que la fièvre est tombée, alors que seule la température est abaissée sans que sa cause véritable ait pu être atteinte. Aussi faut-il en proscrire l'emploi dans la pneumonie, sauf à petites doses pour calmer des malaises.

La quinine elle-même, à la dose de 1,50 à 3 gr., nécessaire pour exercer une action antithermique sérieuse, n'est pas à conseiller. Elle ne possède ici sur les germes infectieux qu'une action fort douteuse, et l'abaissement qu'elle détermine sur la colonne du thermomètre est un avantage qui ne compense qu'insuffisamment ce qu'elle a de nuisible sur l'économie, quand elle est prise en pareille quantité.

Nous ne possédons donc pas de médicament capable de lutter, d'une façon vraiment efficace contre cette hyperthermie d'origine infectieuse, et pourtant nous savons que la persistance d'une forte fièvre et en même temps l'existence d'un pouls rapide et arythmique indiquent un cas grave et peuvent faire redouter une éventualité fâcheuse. Il faut donc agir pour tâcher de sauver son malade. C'est à l'hydrothérapie qu'il faut songer.

Ce qui est préférable, dans un cas de pneumonie hyperpyrétique avec pouls fréquent, et troubles nerveux, en un mot de forme ataxo-adynamique, ce sont les *bains froids* donnés comme on le fait dans la fièvre typhoïde d'après la méthode de Brand. Ils exercent une action sédative sur le système nerveux et favorisent les sécrétions cutanée et urinaire.

Malheureusement on sait combien il est difficile de faire accepter par les familles l'hydrothérapie par les bains froids. Aussi

faut-il bien souvent transiger avec leurs exigences ou plutôt avec leur ignorance. Dans ce cas, je donne dans ces formes de pneumonie grave, des *bains tièdes* à 34°, répétés trois ou quatre fois au moins en 24 heures. Eux aussi augmentent les sécrétions et par conséquent aident l'organisme à se débarrasser des toxines, cause du mal, et exercent sur le système nerveux une action moins marquée assurément que celle des bains froids, mais encore fort appréciable.

Tout récemment, M. Ch. Eloy a rappelé combien les *enveloppements froids* pouvaient rendre de services quand les bains froids n'étaient pas acceptés. En voici la technique telle qu'il la donne :

1er Temps : tremper un drap dans un baquet rempli d'eau à 15° ou 18°.

2ème Temps : étendre sur le lit, en les superposant, une toile cirée, une couverture de laine et le drap mouillé, après avoir exprimé celui-ci pour enlever l'excès de liquide.

3ème Temps : étendre le malade déshabillé sur le drap, replier vivement ce dernier en assurant son contact exact avec tout le corps, tout en serrant modérément. Ramener ensuite la couverture de laine sur les épaules, autour du cou et sous les pieds. Couvrir d'un ou de deux édredons et d'une alèze, qui recevra les produits d'expectoration.

Durée de l'enveloppement, 30 minutes à 1 heure. Donner des grogs chauds pendant ce temps ; faire garder l'immobilité complète au malade.

Après l'enveloppement, la sudation continue et il faut la favoriser en évitant tout refroidissement.

Après une sensation passagère de froid, le malade a une période de bien-être et même parfois de sommeil ; alors la peau devient rouge, le pouls s'accélère, la température baisse un peu, et tout une réaction favorable se produit. La durée du séjour dans le drap mouillé doit être variable selon la gravité des symptômes nerveux et fébriles.

Cette méthode de traitement ne vaut pas celle des bains froids, et je lui préfère également l'emploi des bains tièdes. Cependant, elle peut rendre bien des services quand on ne peut décider le malade à prendre des bains. C'est, comme dit Eloy, un adjuvant précieux du traitement classique par les toniques, l'alcool et l'alimentation raisonnée.

4ème INDICATION. — FAIRE DE L'ANTISEPSIE GÉNÉRALE ET LOCALE.—La découverte du pneumocoque n'a pas fait avancer d'un pas la thérapeutique de la pneumonie ; on avait espéré trouver une médication spécifique, mais cet espoir a été déçu. et, pour l'instant, on ne connaît pas d'agent thérapeutique capable de tuer le pneumocoque, une fois qu'il s'est inséré sur le poumon.

Et-ce à dire pour cela qu'il faut renoncer à faire de l'antiseptisme dans la pneumonie, je ne le crois pas ; mais au lieu de la diriger contre le pneumocoque, qui est déjà maître de la place, il faut s'en servir pour empêcher d'autres agents infectieux de venir profiter du terrain préparé par lui. C'est par la voie buccale et par les voies respiratoires que peuvent surtout s'introduire des agents de la suppuration, capables de donner naissance à de graves complications ; aussi, est-ce là qu'il faut faire de l'antiseptisme préventive.

Matin et soir au moins, plus souvent si c'est possible, la pneumonique devra se laver la bouche avec une solution antiseptique telle que celle-ci :

Acide thymique.....	} à 0 gr. 50
Acide benzoïque.....	
Alcool.....	100 —
Essence de menthe.....	V gouttes.

dont on mettra quelques gouttes dans un verre d'eau. De plus, il fera après chaque lavage une pulvérisation de quelques instants dans la cavité bucco-pharyngienne et les fosses nasales, avec une solution de chlorate de potasse à 2 pour 100. Ces soins, qui peuvent paraître exagérés et fatigants, sont cependant des plus utiles pour éviter une infection secondaire.

L'antisepsie et la désinfection de l'intestin et du milieu intérieur seront assurées par de légers purgatifs répétés, et, selon les indications, par du benzonaphtol ou par du salol.

5^{ème} INDICATION.—AUGMENTER LA DIURÈSE. — Elle dérive de la même idée ; par la médication antiseptique, on cherche à diminuer l'infection, et, par la médication diurétique, à favoriser l'élimination des toxines par le rein.

La digitale, dont l'emploi me paraît presque indispensable dans l'emploi de toute pneumonie un peu sérieuse, remplit cette indication, et il faut activer son action par un régime lacté à peu près exclusif et par des boissons abondantes. Comme le typhique, le pneumonique doit boire beaucoup, trois ou quatre litres de boissons aqueuses ou alimentaires ; mais en dehors de la digitale ; il faut surtout avoir soin de ne pas en donner d'autres en même temps qu'elle.

RÉGIME TONIQUE.—ALIMENTATION.—Sauf au début de la maladie, ou chez les sujets fort congestifs, on a presque toujours besoin de donner de l'alcool ou d'autres stimulants diffusibles pour soutenir les forces du malade. L'alcool, sous ses diverses formes, répond mieux que le quinquina et l'ammoniaque à cette indication, car ceux-ci irritent souvent l'estomac. On peut le donner en potion de Tood, en grogs, sous forme de vins liquoreux, de Bordeaux, de Champagne, etc. Pour un adulte il faut donner environ 60 gr. de cognac ou de rhum en 24 heures et 250 à 400 gr. de vin ; pour un enfant, 20 à 30 gr. de cognac ou 250 gr. de vin peuvent suffire.

A côté de l'alcool, il faut placer les préparations de kola et de coca, dont l'action tonique est précieuse chez les gens débilités. Elles sont préférables, je le répète, au quinquina et surtout à l'extrait de quinquina, souvent mal supportés.

Mais si je prescris le quinquina sous cette forme, je donne presque toujours le matin une dose de 0,25 de quinine suivie d'une tasse de lait, comme tonique nerveux.

Jamais, sauf dans les cas spéciaux, il ne faut soumettre les pneumoniques à la diète ; ils ont besoin de conserver leurs forces, car il est à remarquer que les pleurésies métapneumoniques sont surtout fréquents chez les personnes débilitées par leur pneumonie et qui n'ont pas été suffisamment alimentées. Aussi faut-il nourrir les pneumoniques, tout comme on fait pour les typhiques, avec des potages au lait ou au bouillon contenant des pâtes alimentaires, avec des œufs, des peptones liquides ou en poudre, du jus de viande,

etc. Le lait sera absorbé en abondance, par petites quantités à la fois, froid ou bouilli, comme aliment et comme diurétique.

PÉRIODE DE RÉOLUTION.—Dès que la pneumonie entre en résolution, ce qui est annoncé par la chute de la température, par une diurèse et une transpiration plus abondantes et, localement, par l'apparition de râles muqueux, il convient de ne faire qu'une thérapeutique modérée et qui surtout n'empêche pas l'élimination des toxines. On continue l'emploi des toniques et l'on augmente un peu l'alimentation liquide ; les diaphorétiques, grogs chauds, poudre de Dover, et les diurétiques, principalement la caféine à la dose de 0,40 à 0,60, trouvent ici leur emploi. Comme à ce moment l'exsudat fibrineux se ramollit et se décompose, l'antisepsie générale par le salol, l'eucalyptol ou les balsamiques est utile, et l'antisepsie de la bouche reste plus nécessaire que jamais pour prévenir l'apparition d'infections secondaires.

Quand la résolution se fait lentement, et quand il n'existe pas d'albuminurie, on peut employer des vésicatoires répétés, de 10 cent. de côté environ, qu'on ne laisse en place que pendant trois heures et dont l'action est complétée par l'application d'un cataplasme bien chaud. C'est le seul cas dans lequel l'emploi de ce moyen thérapeutique me paraisse justifié.

PNEUMONIES DES DÉBILITÉS, DES ALCOOLIQUES ET DES VIEILLARDS.—Elles sont caractérisées par la faiblesse des symptômes réactionnels, et bien souvent elles demandent à être cherchées avec soin pour être reconnues. Leur évolution est plus torpide et plus longue que celle de la pneumonie franche. Ici le travail commande toute la médication ; on a rarement à faire de la révulsion énergique, car l'élément inflammatoire est peu développé, mais on a à soutenir le cœur et le système nerveux. C'est la caféine et l'alcool qui constituent alors la médication journalière ; dans bien des cas, surtout chez les alcooliques, il faut leur adjoindre l'opium (extrait thébaïque, 0,05 à 0.10), dont l'action sur les malades de ce genre est bien connue. L'opium calme l'excitation alcoolique, diminue la fièvre et aide certainement ces malades à traverser sans encombre la période dangereuse de la maladie aigüe. Chez le vieillard, au contraire, il faut s'en abstenir et donner, de préférence, de la caféine, de l'éther et de l'alcool à dose élevée.

Pollake formule ainsi le traitement du goître par l'aristol :

Aristol.....	5,3 gr.
Ether.....	5 —
Savon potassique liquide...	30 —

Il pratique un badigeonnage le soir et couvre la partie d'une compresse de Presnitz. Le matin, il lave et fait des frictions avec l'onguent borique.

DR. J. B.

(Extrait de la *Médecine moderne.*)

REVUE DU MOIS

Le Dr Thomas Emmet a vendu sa collection de matériaux pour l'histoire Américaine à la bibliothèque de New-York, pour la somme de \$150,000.

DES PULVÉRISATIONS DE COCAÏNE SUR LA PITUITAIRE DANS LES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES

On sait combien le praticien est souvent embarrassé en présence des vomissements incoercibles de la grossesse. Voici, d'après la *Semaine méd.*, un nouveau moyen de lutter contre ces accidents. Le Dr Ingraham aurait constaté que les pulvérisations de chlorhydrate de cocaïne à 2 par cent dans la cavité nasale feraient disparaître presque instantanément la sensation de nausée quelle que soit son origine. Ce fait s'explique par les rapports physiologiques intimes existant entre les nerfs olfactifs et les nerfs de la muqueuse stomacale.

Pour en obtenir tout l'effet désirable, les pulvérisations de cocaïne doivent être faites de façon que le liquide pénètre dans les parties supérieures des fosses nasales où se trouvent les ramifications du nerf olfactif.

En employant ce traitement il faut se rappeler que certains sujets présentent une sensibilité très grande à l'égard de la cocaïne.

DE L'EMPLOI DE LA COCAÏNE CONTRE LA RIGIDITÉ DU COL PENDANT LE TRAVAIL (FARRAR).

L'auteur a successivement employé les applications de cocaïne dans deux cas de rigidité du col pendant le travail. Dans le premier, primipare relativement âgée, la rigidité entrava la marche du travail pendant quarante-huit heures et le chloroforme n'avait aucun effet. L'accoucheur décida alors de pratiquer une incision sur le col ; il y appliqua d'abord un tampon trempé dans une solution de cocaïne à 10 pour cent, de manière à obtenir un certain degré d'anesthésie locale. Trois minutes après, il enleva le tampon et fut surpris de trouver le col considérablement dilaté. La dilatation continua à se faire rapidement et l'accouchement se termina normalement. Dans le second cas : une primipare de quarante ans ; l'application d'un tampon de cocaïne à 10 pour cent, sur le col, fit disparaître une rigidité qui, depuis trois jours, résistait à tous les moyens.

(*Annals of Gynecology and Pediatrics*).

UN PROCÉDÉ D'ANESTHÉSIE LOCALE

M. Mencière a eu plusieurs fois l'occasion de l'employer avec succès.

Dans l'hydrocèle, on injecte après la ponction la solution suivante :

Antipyrine.....	10 gr.
Eau distillée.....	10 —

On empêche pendant cinq minutes le liquide de s'écouler.

Si on pratique alors l'injection de teinture d'iode au tiers, elle est absolument inodore.

Ce procédé s'est montré dans bien des cas plus anesthésique que la cocaïne.

Sous forme de gargarisme, on a obtenu dans un cas d'amygdalite aiguë une forte atténuation de la douleur avec la préparation suivante :

Antipyrine.....	10 gr.
Chlorate de potasse.....	10 —
Hydrolat de menthe.....	100 —
Eau distillée.....	200 —

ANALYSE D'UN CAS DE BRONCHITE MEMBRANEUSE CHRONIQUE

L'ensemencement à dix reprises de diverses portions de fausses membranes donne de nombreuses colonies de streptocoques. Ceux-ci, inoculés à la souris et au lapin se montrent très peu virulents. Des morceaux de membranes, inoculés à divers animaux (lapin, cobaye, souris) sont sans effet pour ces deux dernières espèces et produisent chez le lapin un léger érythème dans la sérosité duquel se trouvent des streptocoques.

Sur les coupes, les microbes font totalement défaut dans un grand nombre de préparations ; un gros amas de streptocoques se voit sur une des coupes, dans l'épaisseur même de la fausse membrane.

Les fragments de membranes introduits dans les bronches de deux lapins ne reproduisent pas de membranes.

La nature streptococcique de cette bronchite étant établie, il était logique d'essayer la sérothérapie antistreptococcique. Du 29 décembre au 20 février, neuf flacons de sérum de Marmorek furent injectés. Les fausses membranes devinrent peu à peu moins abondantes, l'oppression disparut. Depuis plusieurs années, la malade ne s'était jamais trouvée longtemps en aussi bon état. Cet état s'est maintenu pendant un mois, jusqu'à la sortie de la malade.

Ce résultat thérapeutique confirme les conclusions de l'enquête bactériologique ; ce cas de bronchite membraneuse chronique peut être considéré comme une streptococcie chronique des voies respiratoires.

PARALYSIE ASCENDANTE AIGUE, INFECTION PAR LE STREPTOCOQUE

Un jeune sous-officier, récemment impaludé à Madagascar, entre au Val-de-Grâce pour une paraplégie survenue brusquement la veille. Là évolue une maladie de Landry absolument typique. La mort survint, au milieu de symptômes bulbaires, onze jours après le début de la paraplégie.

A l'autopsie, il n'y avait pas de lésions macroscopiques de la moelle, mais simplement un peu de coloration rosée de la substance grise au niveau des cornes antérieures. Des ensemcements de substance nerveuse prélevée à différents niveaux ont donné des cultures pures de streptocoques. Ces streptocoques étaient particulièrement abondants au niveau de la région cervicale et leurs caractères de culture, comme leur aspect microscopique, paraissaient devoir les faire ranger dans la classe des streptocoques à longues chaînes de Lingelsheim. Toutefois, ils ne se sont pas montrés pathogènes pour le lapin. Sur des coupes de moelle traitée par la méthode de Nisse, on retrouva des streptocoques dans la région cervicale seulement. Ils siégeaient exclusivement dans les intervalles des grandes cellules des cornes antérieures qui sont probablement des espaces lymphatiques.

Ces cellules présentaient elles-mêmes, sur un grand nombre de points, une rupture de leurs prolongements, particularité déjà signalée dans la maladie de Landry par M. Marinesco et par MM. Ballet et Dutil. On notait de plus un certain degré d'inflammation des vaisseaux du sillon antérieur de la moelle et des ramifications qu'ils envoient dans les cornes antérieures, en même temps qu'un nombre plus considérable de globules blancs à leur intérieur. On n'a pas constaté la présence d'hématozoaires. Le rôle du streptocoque paraît bien net dans ce cas. Le paludisme a agi simplement en diminuant la résistance du sujet.

TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION PAR LA CASCARA SAGRADA.

La constipation, cette affection si commune et si sérieuse dans ses conséquences, provient d'une paresse de l'intestin, d'une altération de la sécrétion muqueuse ou d'un trouble des fonctions biliaires. Elle entraîne à sa suite un manque d'appétit, des dérangements gastro-intestinaux, des fluxions hémorrhoidales, des malaises, des migraines, des étourdissements. Elle constitue une véritable infirmité, trop souvent rebelle à tous les remèdes qu'on lui oppose, à tel point qu'on l'a considérée dans bien des cas comme incurable. Il faut souvent, a dit l'éminent Prof. TROUSSEAU dans sa

clinique, une volonté patiente et régulièrement appliquée pour en triompher. »

D'un rôle des plus important dans les fonctions digestives, le régime, pour vaincre le plus sûrement la constipation, doit se composer de préférence de substances appartenant au règne végétal. Au cas où il ne réussit pas ou que le malade ne peut y être astreint pendant longtemps, la nécessité s'impose de recourir aux suppositoires, aux lavements émollients et principalement aux purgatifs connus sous le nom de drastiques : aloès, coloquinte, rhubarbe, jalap, etc. Par suite des effets rapides et séduisants que ces derniers médicaments produisent d'abord et des soulagements qui résultent de leur emploi, les malades se font abusivement des illusions sur leur efficacité, voire même leur infaillibilité, mais ces illusions ne tardent pas à disparaître et à les laisser aux prises avec leur fâcheuse infirmité.

Il est un moyen puissant et sûr que la thérapeutique a heureusement découvert pour combattre cette affection opiniâtre. L'expérience est venue démontrer que l'écorce du *rhamnus Purshiana*, arbuste originaire de la Californie réalisait tous les *desiderata*. Après avoir été étudiée en 1878 par de savants thérapeutes étrangers, elle fut introduite en France en 1884 et expérimentée bientôt par plusieurs sommités médicales. On ne tarda pas à reconnaître de toutes parts que ce nouveau médicament était appelé à rendre de précieux services aux praticiens. Les excellents résultats obtenus tant à l'étranger qu'en France vinrent confirmer les observations recueillies en Amérique et dans les hôpitaux de Paris. Il ne reste plus aucun doute aujourd'hui sur l'efficacité de ce bienfaisant remède dans l'esprit de ceux qui se sont décidés à l'employer.

On administre la poudre de *cascara sagrada* sous forme de dragées ; recouvertes d'une légère couche de sucre, pour vaincre la répugnance des palais trop délicats. Ces dragées sont d'une absorption agréable, se dissolvent facilement dans l'estomac et agissent rapidement. On les donne ordinairement à la dose de 4 par jour : 2 le matin au réveil et 2 le soir au moment du dernier repas ou avant de se coucher ; la dose pourra être augmentée ou diminuée, suivant l'intensité des cas. On peut la porter sans inconvénient à 6 et même à 8 par jour.

La firme Demazière, qui a la spécialité des dragées à la *cascara sagrada*, a associé l'iodure de fer à ce médicament, dans le but de réunir les avantages du fer et de l'iode, sans jamais amener de constipation. Vu son action stimulante à la fois sur l'estomac et sur l'intestin, la *cascara* ainsi combinée est d'une digestion et d'une absorption facile, ce qui est d'autant plus appréciable que les préparations ferrugineuses ordinaires ont l'inconvénient, seules, d'être

mal supportées par les estomacs délicats. Enfin, recouverte d'une légère couche de sucre, la dissolution du fer n'a lieu que dans l'estomac et cette préparation, même par l'usage prolongé, ne noircit jamais les dents.

Ces dragées à l'iodure de fer et à la caseara agissent d'une façon énergique contre l'anémie, les pâles couleurs, la chlorose, les crampes d'estomac, la perte d'appétit, l'abattement. Elles conviennent tout particulièrement aux enfants rachitiques, prédisposés par une croissance trop rapide aux affections des nerfs et de la poitrine. Régénératrices par excellence du nombre des globules rouges du sang, elles contribuent à reconforter non seulement les malades et les convalescents, mais encore les personnes affaiblies par les veilles, les fatigues, l'abus des plaisirs, le surmenage et les privations.

La dose moyenne est de 2 dragées par jour chez les enfants et 4 pour les adultes, prises en deux fois au moment des deux principaux repas.

Les troubles consistant, au début de la médication, en légère diarrhée et vomissements, n'eurent qu'une durée passagère. L'auteur opine dans ces cas pour une double action de la moëlle hémopoïèse plus active, en même temps qu'augmentation de la nutrition générale.

Dr J. BRASSEUR.

A PROPOS DE L'IODE

Nous croyons utile, au point de vue pratique et d'après le *Concours Médical*, de donner le résumé le plus succinct possible d'une étude de M. le docteur Paul Huguenin, inspirée par la pensée de réhabiliter l'iode, à la suite d'un reproche qui lui a été fait et d'en faire ressortir les bienfaits.

Très répandu dans la nature, ce corps, découvert par Courtois en 1812, existe dans l'eau de mer, dans certaines eaux minérales, dans les eaux mères des sodes de varechs, dans l'huile de foie de morue, les éponges et dans l'air atmosphérique en petite quantité, à l'état libre. Il se distingue d'une façon caractéristique par la coloration bleue qu'il communique à l'empois d'amidon récemment préparé. Il est soluble dans 7 000 p. d'eau et sa solubilité augmente par l'addition d'iodure de potassium. Il se dissout égrèment très bien dans l'alcool, l'éther, la benzine, le sulphure de carbone, le chloroforme.

Il existe en dissolution dans l'alcool sous le nom de teinture d'iode et sous forme de combinaisons métalliques et organiques.

La proportion d'iode, dans la teinture du codex, correspond à 1/12 de l'alcool ; la fraude y ajoute le plus fréquemment de l'eau, avec un peu d'iodure de potassium, et—abus plus dangereux—de l'alcool méthylique comme dissolvant au lieu d'alcool à 90°, ce qui

l'altère et la rend irritante, vésicante dans les badigeonnages de la peau, à cause de l'acide iodhydrique qui s'y développe, d'après les chimistes : toutes les teintures d'iode, d'après M. Crimon, en contiennent. Pour reconnaître l'existence de ce produit, M. Pouchet recommande d'en mélanger une petite quantité avec une proportion notable d'eau ; l'absence de précipité d'iode indique que la plus grande partie de l'iode s'est transformée en acide iodhydrique.

D'après M. Vigier, la teinture d'iode préparée avec de l'alcool à 96° assurerait la conservation indéfinie, en sorte qu'une rectification du codex aurait sa raison d'être. M. Ferrand estime, de son côté, qu'il faut tenir compte de la susceptibilité plus ou moins variable de la peau, parfois très résistante malgré son extrême finesse.

L'iode est un puissant parasiticide interne et externe, d'une action supérieure mais moins dangereuse que celle du mercure.

Suivant les doses, il possède une action excitante, irritante, caustique. A petite dose, il est apéritif ; à dose plus forte ou pris à jeun, il dérange l'estomac.

Quelque soit son mode d'administration, il est toujours transformé dans l'organisme en iodure alcalin ; par ses phénomènes d'excitation, il peut donner naissance à de la fièvre iodique et à de l'ivresse. La céphalalgie, le coryza, la conjonctivite, la diurèse, consécutivement à son administration, résultent de la congestion qu'il produit sur la muqueuse des sinus et les reins, au moment de son élimination, qui, dans le cas où elle a lieu par la peau détermine de nombreuses pustules d'acné (acné iodique). Son usage prolongé amène une fonte des tissus avec atrophies musculaires et testiculaires et amaigrissement ; il peut également produire l'albuminurie. Malgré les méfaits qu'on lui a reprochés, il n'est pas moins vrai que l'iode est le médicament par excellence des scrofuleux, des lymphatiques, des adénoïdiens, syphilitiques, surtout à la période tertiaire ; au si bien est-il la seule médication rationnelle contre les rhumatismes chroniques, la goutte, le paludisme chronique, l'obésité, les affections chroniques des nerfs, de la moëlle et des méninges ; tous ces cas sont bien souvent améliorés, sinon guéris par l'iode et les iodures. Ceux-ci ont donné les meilleurs résultats dans l'actinomycose.

La teinture d'iode est employée à l'extérieur, en tant qu'agent révulsif, excitant, détersif, à titre parasiticide, comme antiseptique, excitante et cicatrisante et particulièrement sous forme d'injections dans les hydrocèles, les hydarthroses, les kystes synoviaux.

A l'intérieur, on a recours habituellement aux doses suivantes :

Chez les enfants au-dessous de 7 ans : V gouttes à 1/12 par jour.

Chez les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans : V gouttes avant chaque repas.

Chez les adultes : X gouttes avant chaque repas.

Ces gouttes sont données dans un verre à liqueur de vin d'Frontignan.

Relativement aux combinaisons de l'iode, l'auteur de ce travail éminemment pratique, étudie tout particulièrement les iodures alcalins. Tous, à peu près, sont employés à l'extérieur, savoir : l'*iodoforme*, l'*iodol*, l'*iodo-crésine*, *iodures d'éthyle et d'amyle*, *iodure de naphтол*, et parmi les iodures métalliques, l'*iodure de plomb* et l'*iodure d'argent*.

Il passe en revue différentes préparations iodurées :

1. L'*iodure de fer*, sous forme de sirop, un des meilleurs ferrugineux à donner aux enfants et utilisé également sous forme de pilules :

2. Le *protoiodure de mercure*, 5 à 10 cent, dans les 24 heures, spécifique unique de la syphilis au début.

3. L'*iodure mercurique ou biiodure* (0,01 à 0,05) associé à l'iodure de potassium contre la syphilis tertiaire.

4. L'*iodure d'amidon* contre les empoisonnements par les sulfures, les alcalis caustiques, les alcaloïdes, le mercure et le plomb.

5. Les *iodures de potassium, de sodium, de strontium, d'ammonium de calcium, de thallium, etc*, les sels les plus employés pour l'administration de l'iode à l'intérieur et plus particulièrement l'iodure de potassium adopté généralement par les médecins, aux doses de 0,50 à 12 gr. par jour, de 4 à 10 gr. couramment dans la syphilis. voir jusqu'à 12 et 15 gr. par jour ; 1 gr. par jour dans les affections rhumatismales, myélopathiques, méningées, névritiques, 0,50 à 1 gr. par jour dans les affections pulmonaires, cardiaques et artérielles et jusqu'à 2 et 3 gr. dans les crises aiguës.

L'auteur estime qu'en général il faut mettre un intervalle de dix jours alternativement après chaque durée de dix jours de traitement ioduré. Le mieux est d'administrer l'iodure de potassium immédiatement avant le repas. Voici la formule recommandée par Fournier :

Sirop simple.....	350 grammes.
Anisette de Bordeaux.....	150 —
Iodure de potassium.....	25 —

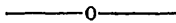
Chaque cuillerée à soupe représente 1 gramme d'iodure. S'abstenir d'introduire des alcaloïdes ou des sels de plomb dans la prescription.

Tout ce qui concerne l'iodure de potassium est applicable aux iodures cités plus haut : de tous ces médicaments, l'iodure de sodium et l'iodure de strontium sont les plus employés. Sauf dans les maladies des voies respiratoires et contre certaines douleurs, ainsi que dans les cas où il n'est pas toléré, l'iodure de potassium est généralement préféré à l'iodure de sodium. Peut-être convient-il dans la pratique de débiter par l'iodure de sodium, moins bien toléré. Aussi bien, pour obtenir un maximum d'effet utile et un minimum d'effet dépressif, est-il pratique, en cas de traitement de longue durée, d'alterner de temps en temps le choix des deux iodures.

S'agit-il d'empoisonnements par les iodures, limonade sulphurique, eau amidonnée, puis vomitifs, boissons émollientes et injection de morphine.

DR J. BROSSEAU.

FORMULAIRE



TRAITEMENT DES VERRUES

M. Palm' recommande pour le traitement des verrues l'une des formules suivantes :

Acide monochloracétique
ou trichloracétique..... 9 gr.
Alcool..... 1 —

en badigeonnage une fois par jour ou bien :

Acide salicylique.....1 partie
Acide lactique..... 1 —
Colodion.....2 —

en badigeonnages deux fois par jour.

DIARRHÉE INFANTILE (Variat)

Potion à prendre par cuillerée à café avant chaque tétée :

Eau distillée.....60 gr.
Acide lactique..... 2 —
Tanin à l'alcool..... 0 — 50
Sirop de grande consoude.....30 —

M. S. A.

GASTRALGIE RHUMATISMALE

Hydrate de chloral.....2 à 4 gr.
Hyposulfite de soude...4 à 8 —
Eau de menthe poivrée

Q. S. pour volume total de.....100 cc.

Une cuillerée à café après les repas et au moment des douleurs.

CONTRE LES GERÇURES DES MAINS

R.—Menthol..... 1 gr.
Salol..... 2 —
Huile d'olive.....15 —
Taneline.....45 —

S.—Applications locales.

TRAITEMENT DU CANCER INOPÉRABLE PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX EN INJECTIONS HYPODERMIQUES

Solution :

Acide arsénieux..... 0 gr. 20
Chlorhydr. de cocaïne 1 —
Eau distillée bouillie 100 —
F. S. A.

On injecte en plein tissu cancéreux, au sein, à la face, à l'utérus une ou deux seringues de Pravaz de cette solution, quelquefois plus, en un ou plusieurs points.

Ces injections sont fort peu douloureuses, elles sont faites tous les deux jours ou deux fois par semaine.

TRAITEMENT DE LA RAUCITÉ DE LA VOIX

Chlorhydrate de }
cocaïne..... } à 0 gr. 005
Chlorhydrate de }
morphine..... }
Teinture d'aconit... II gouttes.
Fleurs de guimauve
pulvérisées0 gr. 15
Sucre en poudre.....q. s.

Pour faire une pastille.—En préparer cent semblables.

M. S.—A en prendre 8 à 10 par jour.

HÉMORRAGIES NASALES (Rougier)

Acide benzoïque..... }
Acide tannique..... } à 5 gr.
Acide phénique }
Colodion ordinaire..... 100 —

pour badigeonner les points qui saignent.