

# LA CLINIQUE

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PUBLIÉE À MONTRÉAL

---

---

Vol. V

DECEMBRE 1898

N° 5

---

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### Du rôle de la lymphangite dans les affections des organes génitaux de la femme

PAR

Le Docteur J. A. OUMET

---

A l'heure actuelle, les maladies de l'utérus et de ses annexes ont subi dans leur interprétation des variations considérables.

Les métrites sont devenues des maladies infectieuses ; les inflammations des annexes le sont aussi ; telle est l'opinion générale. Mais comment se transportent de la muqueuse utérine à la trompe, à l'ovaire, au ligament large les produits septiques ? tel est le point discuté. Nous ne voulons pas entreprendre ici une discussion détaillée sur ce sujet ; notre but est surtout d'indiquer un mode de traitement de ces lésions.

Cependant les recherches nouvelles de M. Poirier sur les lymphatiques de l'appareil génital de la femme, venant compléter celles de Léopold de Fioupe, nous semblent apporter un jour nouveau sur un grand nombre des symptômes de la métrite.

Les lymphatiques de l'utérus naissent de la muqueuse, et du tissu musculaire ; ces derniers disposés sur trois plans correspondant aux trois couches musculaires du muscle utérin.

Les lymphatiques de la muqueuse naissent presque directement sous l'épithélium, forment autour des glandes des anastomoses, puis viennent se réunir à ceux de la couche musculaire.

Dans le col les lymphatiques de la muqueuse sont résistants, et donnent naissance à un réseaux extrêmement abondant se continuant inférieurement avec ceux de la muqueuse du museau de tanche ; dans le corps ils sont moins nombreux et moins résistants, mais présentent un volume plus considérable.

Les lymphatiques musculaires sont extrêmement abondants, surtout au niveau du col et des cornes utérines.

Si on pique le col avec une seringue à injection mercurielle, on voit aussitôt apparaître de très nombreux vaisseaux qui émergent de toute sa périphérie en s'anastomosant dans le tissu cellulaire, qui sépare l'utérus de la vessie en avant et du cul-de-sac péritonéal en arrière, puis se réunir pour former deux ou trois gros troncs qui accompagnent l'artère utérine.

Si on pique une corne utérine, apparaissent dans le tissu sous-séreux, puis convergent vers l'origine utérine de la trompe, deux ou trois gros troncs qui s'engagent dans l'épaisseur du bord supérieur du ligament large pour cheminer au dessous de l'ovaire et de la trompe.

Du péritoine qui recouvre l'utérus naissent aussi des vaisseaux lymphatiques. Si on pique en effet le péritoine utérin, de façon à pénétrer dans la couche endothéliale sans aller jusqu'au tissu cellulaire qui unit le péritoine à l'utérus, on injecte de beaux réseaux lymphatiques à mailles très fines qui ne sont recouverts que par le feuillet endothélial du péritoine.

Ce réseau existe sur toute la partie de l'utérus qui

est recouverte par le péritoine, en avant, en arrière, et sur le fond ; en dehors il se continue sur le péritoine qui revêt les trompes dans toute leur étendue, et sur les côtés il cesse à quelques millimètres des bords de l'utérus. Ces vaisseaux superficiels communiquent avec les lymphatiques profonds par l'intermédiaire de petits troncs qui s'en détachent pour gagner les gros lymphatiques sous-séreux.

Il y a les lymphatiques du col et les lymphatiques du corps.

Les lymphatiques du col naissent de toute sa périphérie, convergent vers ses parties latérales, se réunissent pour former deux ou trois gros troncs qui accompagnent les vaisseaux utérins ; ces troncs ont un volume remarquable, presque celui de l'artère utérine, et sont pourvus de valvules dont la concavité est tournée en dehors.

Accompagnant l'artère utérine, ils passent donc en arrière de l'urètre sur le bord inférieur des ligaments larges, gagnent les parties latérales du bassin, et se jettent dans des ganglions situés au niveau de l'artère iliaque primitive.

Ces ganglions sont généralement au nombre de deux ou trois, le plus élevé et le plus gros occupe le sommet de l'artère iliaque primitive, il répond au détroit supérieur et recouvre en partie la veine iliaque externe. Les deux autres sont placés le long et en avant de l'artère hypogastrique. Les lymphatiques du corps et du fond de l'utérus, apparaissent à la superficie de l'organe dans le tissu sous-séreux, se réunissent en vaisseaux de plus en plus volumineux convergeant vers les angles utérins pour former deux gros vaisseaux de chaque côté. Leurs diamètres varient entre un et deux millimètres, ils sont donc notablement plus gros que l'artère utéro-ovarienne qu'ils accompagnent ; ils sont situés dans l'épaisseur du bord supérieur du ligament large, au fond du sillon que forment l'aileron de la trompe et l'aileron ovarien ; par conséquent la trompe logée dans l'aileron moyen est plus haute et plus mobile, ces

lymphatiques sont donc plus rapprochés de l'ovaire que de la trompe, puis ils passent sous le hile de l'ovaire ne recevant aucun vaisseau de cet organe à ce niveau, l'anastomose entre les lymphatiques utérins et ovariens se faisant beaucoup plus haut ; ils accompagnent les vaisseaux utéro-ovariens et vont se jeter dans les ganglions lombaires qui sont situés au niveau de l'extrémité inférieure du rein, au devant de la veine cave et de l'aorte enveloppant ces vaisseaux de leurs nombreuses anastomoses.

Outre ces vaisseaux, l'utérus envoie encore quelques petits vaisseaux qui passent par le ligament rond et vont se rendre à un ganglion de l'aîne. Ces troncles lymphatiques ont été vus pour la première fois par Mascagni, puis oubliés et retrouvés par M. Poirier.

La circulation rétrograde dans le système lymphatique est très prononcée, " il m'est arrivé, dit M. Poirier, en piquant les cornes utérines, de voir le mercure pénétrer les vaisseaux lymphatiques venus de l'ovaire au niveau de leurs anastomoses avec ceux de l'utérus, et redescendre sur une longueur de plusieurs centimètres vers le hile ovarien."

#### PATHOLOGÉNIE

Supposons une malade atteinte de blennorrhagie et c'est avec l'accouchement, comme on le sait, une des causes les plus fréquentes de métrite.

Si on suit cette maladie dans son évolution pathologique, on voit d'abord se produire la vaginité, caractérisée par son écoulement purulent tachant le linge, par la douleur vive au vagin ; on trouve encore assez souvent l'engorgement des ganglions de l'aîne, des douleurs vagues dans le petit bassin. Pour ces deux derniers symptômes l'explication est facile ; l'adénite inguinale est due à la lymphangite ; l'inflammation septique a gagné le col, il s'en écoule un liquide muco-purulent, puis le corps même de l'utérus ; elle s'est transmise de muqueuse à muqueuse

cela en suivant les lymphatiques. En effet M.M. Cornil et Terrillon ont noté que les éléments embryonnaires dans les salpingites suivent le plus souvent le trajet de ces vaisseaux. Or comme l'utérus et la trompe développés l'un et l'autre au dedans du canal de Muller présentent la même structure, ils doivent se conduire de même l'un et l'autre en présence d'une inflammation. Cette métrite qui sera une métrite aiguë présentera comme symptômes un écoulement de liquide muco-purulent mêlé à du sang ; de vives douleurs intra-pelviennes dans les lombes, les cuisses ; l'utérus devient douloureux à la palpation, la région inguinale elle-même est sensible.

Si à cette époque on pratique le toucher, on trouvera le vagin chaud, sur ses parties latérales on sentira battre des artères, et, en remontant en arrière, on déterminera au niveau de la région de l'artère hypogastrique une douleur vive. En suivant les bords de l'utérus, on trouvera, au niveau des cornes utérines, un corps ou plutôt, un ou deux corps allongés, noueux, flexueux, qu'on pourra suivre sur les parties latérales du bassin. La métrite peut aussi gagner et gagne très souvent la trompe. Par quelle voie ?

M. Poirier a montré que les lymphatiques du col ne présentent aucun rapport avec la trompe ; ils accompagnent l'artère utérine ; de même les lymphatiques du corps utérin ne présentent que des rapports éloignés avec la trompe, ils sont situés notablement au-dessous, excepté cependant au niveau de l'angle utérin. L'autre théorie est celle qui est généralement admise ; elle a été soutenue par M.M. Quenu, Terrier, Bouilly. Une inflammation débute par la muqueuse utérine au niveau du col et gagne de place en place le corps de l'utérus, la muqueuse de la trompe, et enfin le péritoine ; mais, dans ce cas, on peut encore invoquer la lymphangite, à cause de l'anastomose probable entre les capillaires lymphatiques des deux muqueuses qui présentent même structure, même développement.

L'ovaire lui aussi n'échappe pas à cette atteinte du produit septique.

Souvent, en effet, on le trouve douloureux, enflammé, parfois même purulent.

Le plus souvent on trouve en même temps de la métrite et de la salpingite ; là encore il y a inflammation par propagation. La majorité des auteurs pensent que les vaisseaux utérins et ovariens s'anastomosent au niveau du hile de l'ovaire et qu'il se fait là une propagation directe de l'inflammation venue de l'utérus à la glande génitale.

Les lymphatiques utérins sont pris jusqu'au point où ils recouvrent ceux de l'ovaire ; de là le produit septique gagne, en retrogradant, la glande génitale.

Cette propagation par les lymphatiques rend compte des cas si nombreux dans lesquels, à la suite d'une infection utérine, d'origine puerpérale ordinairement, l'ovaire suppure et se transforme en une coque purulente alors que la trompe reste indemne.

On objecte à cela que les ganglions lombaires devraient suppurer, ce qui n'aurait jamais été observé.

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La métrite se présente sous deux formes : la métrite aiguë et la métrite chronique. Dans la métrite aiguë, d'après Cornil et Rouvier, on remarque de la turgescence des vaisseaux. Sur une coupe on constate que les cellules superficielles de l'épithélium ont disparu presque partout. C'est par cette érosion épithéliale que se fait l'infection à distance dans la blennorrhagie, la fièvre puerpérale, la septicémie traumatique, à la suite d'introduction d'un hystéromètre malpropre, par exemple ; infection qui se fait comme nous l'avons déjà dit, surtout par les lymphatiques. Les glandes sont situées au milieu d'un tissu embryonnaire. L'utérus est augmenté de volume, sa paroi est ramollie, infiltrée de cellules embryonnaires et présente des vaisseaux dilatés.

Dans la métrite chronique la muqueuse est considérablement épaissie, rouge, hérissée de villosités, de fongosités qui siègent à la paroi postérieure et arrivent en se pédiculisant à former de véritables polypes. Dans le col les stries de l'arbre de vie sont exagérées; il y a une hypertrophie des papilles de nombreux œufs de Naboth, des excroissances polypeuses formées par du tissu conjonctif vascularisé. La surface de la muqueuse dépouillée de ses cellules cylindriques ne présente plus qu'une couche de cellules lymphatiques infiltrées dans le tissu conjonctif.

#### TRAITEMENT

La première indication de traitement est de rouvrir la voie fermée par l'inflammation, la seconde est d'assurer l'antisepsie de l'utérus. D'abord il faut faire l'antisepsie du vagin, ce que l'on obtient en pratiquant pendant deux ou trois jours des injections intra-vaginales avec la solution de sublimé à  $\frac{1}{2000}$ . L'antisepsie du vagin obtenue, on fait, avant d'opérer une injection de la même solution, puis on introduit dans le col un hystéromètre qui renseigne sur la direction de l'utérus déjà reconnue par le toucher, et qui indique le volume de la tige laminaire à introduire. Cette tige devra être antiseptique; il est bon de la tremper dans une solution de sublimé à  $\frac{1}{1000}$ . Une fois la tige introduite, on fait un nouveau lavage vaginal de façon à chasser les mucosités qui sont sorties de l'utérus; et chaque opération suivie d'un pansement méthodique de la cavité vaginale soit avec de la gaze iodoformée, soit avec du coton hydrophile imbibé de solution de sublimé. Le lendemain on refait la même opération avec une tige plus volumineuse, car il importe de pouvoir pénétrer facilement dans la cavité utérine.

En prenant ces précautions, on n'a pas à redouter de complication; dans aucun cas on ne constate d'élévation de température, et ordinairement la dilatation est bien supportée; elle détermine presque toujours une sécré-

tion abondante. Il est bon, une fois la cavité interne suffisamment dilatée de faire un lavage avec une solution antiseptique. Cette irrigation utérine à l'avantage de nettoyer complètement la muqueuse en la dépouillant de ces mucosités adhérentes, qu'elle entraîne au dehors.

Le traitement sera complété par un tamponnement intra-utérin. On se sert pour cela de gaze iodoformée, découpée en bandelettes de 40 centimètres de long sur 2 centimètres de large. On imbibe cette gaze dans un mélange de glycérine créosotée au tiers. Il est inutile d'abaisser le col pour introduire cette gaze dans la cavité utérine ; on y arrive facilement sans cela. Cette traction sur le col dans les cas où l'utérus est fixé et déjà immobilisé par la cellulite pelvienne réveille la réaction péritonéale et provoque quelquefois des poussées phlegmasiques qu'il faut éviter. Ces pansements renouvelés d'abord tous les deux jours, puis tous les quatre jours, sont continués de la sorte pendant deux à trois semaines. Le repos absolu au lit est ordonné pendant toute la durée du traitement ; cependant nous devons dire que cela n'est jamais observé, et que toutes les femmes qui ont fait l'objet de nos observations se sont levées pendant la durée de leur traitement, ce qui n'a réveillé chez elles aucune élévation de température. La gaze iodoformée que l'on place dans l'utérus agit de deux façons : d'abord, en assurant à la façon d'un drain l'écoulement facile des mucosités, puis en mettant en contact les parois de la muqueuse utérine avec un liquide fortement antiseptique. La muqueuse n'étant plus en contact avec un liquide septique, revient peu à peu à son état normal ; et la trompe, si l'oblitération de ces deux orifices utérin et péritonéal n'est pas complète, bénéficie du même processus régressif et la guérison s'obtient complètement.

Ce traitement réussit très bien dans le cas où les végétations sont peu nombreuses, où les anfractuosités de la muqueuse sont trop petites.

Mais dans les cas de métrites chroniques avec villosités, papilles hypertrophiées, glandes flexueuses, il sera difficile que la gaze soit en contact bien intime avec toute la surface utérine ; il restera des anfractuosités où n'arrivera jamais ce corps antiseptique, il y aura un mieux prononcé, même une guérison momentanée ; mais au bout de quelque temps, de cette anfractuosité partiront de nouvelles colonies microbiennes qui amèneront une inflammation nouvelle de toute la muqueuse utérine.

Dans ce cas il est bon de pratiquer le curettage de l'utérus, d'une façon complète. On nivelle ainsi la paroi utérine en détruisant les fongosités. On aura soin de gratter très minutieusement les angles utérins pour débarrasser et ouvrir autant que possible l'orifice des trompes.

Enfin le grattage terminé et les fongosités complètement évacuées par une injection intra-utérine très chaude, qui arrêtera en même temps l'hémorragie, on terminera par une cautérisation profonde de la surface cruentée avec de la gaze iodoformée imbibée de glycérine créosotée. Ce traitement et le précédent donnent de très bons résultats dans le cas où la trompe n'est pas complètement oblitérée : quand elle n'est pas encore que simplement congestionnée.

Mais dans le cas où les orifices de la trompe sont fermés, on ne peut avoir aucun succès ; on guérira bien la métrite, lymphangite, mais la trompe reste toujours malade ; elle est séparée en quelque sorte de l'utérus par l'oblitération de l'orifice utérin ; elle est malade pour son propre compte.

C'est dans ces cas que la laparotomie est indiquée, et encore ne devra-t-elle être pratiquée que dans les cas urgents, lorsqu'on se trouve en présence de ces énormes salpingites suppurées. Dans tous les autres cas il sera bon de tenter l'antisepsie de l'utérus, et l'on obtiendra de cette façon de nombreux succès.

## CONCLUSIONS

La plupart des inflammations des organes génitaux de la femme sont le résultat d'une infection septique, infection qui se propage, dans l'utérus comme dans les autres parties du corps, par les voies ordinaires, c'est-à-dire par les lymphatiques et dont il faut détruire les effets : par le drainage et l'antisepsie utérine, lorsqu'il en est temps encore, lorsque l'inflammation n'a pas déterminé des lésions trop avancées ; par la curette lorsque la lésion, déjà ancienne, aura produit dans la muqueuse utérine des altérations trop accentuées pour qu'on puisse espérer, par l'antisepsie seule, obtenir un processus régressif qui amène la guérison.

Quant à la laparotomie dont il faut, nous croyons, être très sobre, il faudra la réserver pour les cas où la lésion sera inattaquable par les voies ordinaires.

Chicago, novembre 1898.

---

## L'aconit et son emploi en thérapeutique

PAR

G. ROGER, Pharmacien de St-Lazare

La famille des renonculacées produit plusieurs espèces d'aconit : ce sont :

*L'aconit anthore* (aconitum anthora), qui est une plante vivace et croît dans les contrées montagneuses de l'Europe.

Au point de vue médical elle nous intéresse peu ; ses seules bonnes qualités seraient d'être un peu moins pernicieuses que les autres.

On l'a conseillée autrefois comme contre-poison des autres aconits et spécialement d'une espèce de renoncule très-vénéneuse nommée Thora ou Pithora (Ranunculus Thora) et de là lui est venu ce nom d'anthore ou aconit salutifère.

*L'Aconit Tue Loup* (Aconitum Lycoctonum), sa racine, coupée par morceaux et mêlée à une pâtée de viande, sert à empoisonner les loups.

*L'Aconit Féroce* (Aconitum Ferox) (Wallich) celle-là croît dans le Napaul, aux lieux élevés de la chaîne de l'Himalaya ; elle ressemble beaucoup à l'Aconitum Napellus par la couleur et la disposition de ses fleurs.

La racine est formée de deux ou trois tubercules ovoïdes d'un brun noirâtre au dehors, blanchâtre à l'extérieur, inodores, d'une saveur âcre et amère et renferme un des poisons les plus actifs du règne végétal ainsi qu'il résulte des expériences des docteurs Wallich et de M. J Pereira. Un seul grain d'extrait alcoolique, introduit dans la cavité péritonéale d'un lapin le tua en deux minutes ; deux grains introduits dans la veine jugulaire d'un fort chien l'on tué en trois minutes.

L'extrait introduit dans l'estomac agit beaucoup moins et l'extrait aqueux est plus faible que l'alcoolique.

Des racines de cet Aconitum Ferox (ou Bish) furent envoyées en 1865 comme jalap à Constantinople, et y produisirent de nombreux empoisonnements.

Enfin *l'Aconit Napel* ou Aconitum Napellus L, nous intéresse le plus puisque cette espèce est d'un usage courant en thérapeuti-

que ; on lui donne aussi le nom de *Delphinium Napellus* (H. Bn) ce nom spécifique lui vient de la forme de sa racine qui est celle d'un petit navet d'où *Napellus*, diminutif de *Napus* navet.

Cette plante vivace, atteignant jusqu'à un mètre de hauteur, croît dans les lieux couverts et humides, des montagnes ; très-ré- pandue en Europe, en Amérique et en Asie : on la cultive dans les jardins pour la beauté de ses fleurs, qui sont d'un bleu violet, grandes, irrégulières et qui forment un épi dense.

La plante sauvage doit être préférée pour l'usage médical. En effet Geiger a remarqué que quelques aconits perdaient leur âcreté par la culture.

Le rhizome est cône ou fusiforme, de cinq à dix centimè- tres de longueur sur un à deux centimètres d'épaisseur à sa base. Il est d'un brun foncé, à cassure courte, à tissus blanc et farineux. A l'état frais il exhale une odeur de radis qui disparaît par la dissication. La saveur, d'abord douceâtre, est ensuite âcre et ac- compagnée, dans la bouche, d'une sensation de picotement et d'en- gourdissement.

Le rhizome renferme un corps gras, de la résine, de la man- nite, du sucre de canne, du glucose et de l'*aconitine* son principe actif qui existe dans la proportion de trois à quatre pour mille.

L'aconit renferme aussi à l'état de sel de chaux un acide par- ticulier, découvert par Leschier, *acide aconitique* qui paraît iden- tique avec l'acide citrique.

L'histoire chimique de l'aconit date du commencement du siècle ; pendant longtemps les chimistes ont vainement cherché à isoler le principe actif de cette plante et l'on avait fini par suppo- ser que ce principe étant volatil se perdait pendant les manipu- lations effectuées pour l'obtenir.

En 1809 Brand en a retiré le principe actif doué de pro- priétés toxiques très énergiques. M.M. Geiger et Hesse en 1833 d'un côté et M. Berthemot de l'autre sont parvenus à extraire des feuilles d'aconit, un alcaloïde, l'*aconitine*, fortement vénéneuse, auquel la plante doit nécessairement ses propriétés ; mais comme les propriétés assignées à l'alcaloïde ne sont pas identiques, puis- que celui de M. Hesse délate la pupille, tandis que l'autre la con- tracte, il était à désirer que de nouvelles recherches soient entre- prises pour la racine de la plante, de laquelle, probablement, le principe sera plus facile à retirer que des feuilles.

M. E. Hottot a montré que la racine était en effet l'organe le plus actif de la plante, et il conseille de l'employer seule pour les différentes préparations.

Il a aussi étudié l'aconitine qu'il a obtenue à un degré d'activité beaucoup plus considérable que celle du commerce.

Voici les caractères qu'il lui attribue : Substance amorphe, en poudre blanche, très légère, d'une amertume très marquée, contenant vingt pour cent d'eau, qu'elle perd en fondant à 85° ; elle est alors jaune d'ambre, transparente, peu soluble dans l'eau froide, la glycérine et le pétrole léger, elle se dissout bien dans l'eau chaude, l'alcool, l'éther, la benzine et surtout le chloroforme.

L'acide sulfurique la colore en jaune puis en rouge violet ; chauffée vers 85° avec l'acide phosphorique elle donne une coloration violette. Elle ramène au bleu la teinture de tournesol rouge par les acides, elle forme avec les acides des sels cristallisables parmi lesquels le plus employé est le *nitrate*, à cause de sa facile cristallisation et de sa grande solubilité dans l'eau.

Monsieur Duquesnel a donné un procédé qui permet d'obtenir une assez grande quantité d'aconitine cristallisée.

On emploie les feuilles à l'état frais, d'après les essais qui ont été faits les racines sont beaucoup plus actives. Les propriétés vénéneuses des aconits paraissent avoir été connues de tous temps. On punissait dans l'antiquité par l'aconit comme par la ciguë.

C'est Storek qui introduisit dans la pratique de la médecine l'usage de l'aconit. Il se livra d'abord à quelques essais sur ses propres organes pour découvrir la nature de la propriété que possédait cette plante. Une petite quantité de poudre d'aconit mise sur sa langue produisit de la chaleur pendant longtemps : il ressentait fort souvent dans cette partie des douleurs momentanées, vagues et languissantes ; mais il ne s'y manifesta ni inflammation ni rougeur : il y eut une grande sécrétion de salive.

L'extrait d'aconit mis sur la langue n'excita qu'un chatouillement très léger. Cet extrait placé entre la paupière et l'œil, fit couler d'abondantes larmes mais il ne produisit aucune sensation de chaleur.

Storek mêla deux grains d'extrait d'aconit aux deux grains de sucre blanc. Pendant trois jours il prit de six à dix grains de ce mélange sans en éprouver la moindre influence, sans observer le moindre changement dans son état habituel. Le quatrième jour au matin, il en avala vingt grains : l'exercice d'aucune fonction ne parût dérangé ; mais, pendant tout le jour, il transpira plus qu'à l'ordinaire ; sa peau fut toujours moite. Il continua l'usage de ce mélange à la même dose, pendant neuf jours ; il remarqua que le jour où il ne le prenait pas, cette

forte transpiration n'avait pas lieu ; pendant qu'elle paraissait les jours où son corps recevait ce médicament.

On attribue à la plante fraîche maintenue sur la peau des propriétés presque vésicantes. Il est certain que dans la bouche elle produit de la chaleur et de l'irritation suivie d'engourdissement. C'est une plante qui est d'autant plus dangereuse qu'elle est commune dans les jardins comme plante d'ornementation comme nous l'avons dit plus haut.

Ingérée surtout à l'état frais l'aconit cause des ardeurs à l'épigastre : vomissements, coliques et diarrhées, vertiges, paralysie, coma, refroidissement, mort, (Gubler). La dessiccation paraît lui faire perdre une grande partie de ses propriétés.

Les indications sont nombreuses et peu précises. Chaque praticien a sur ce sujet des idées spéciales assez difficiles à définir : de sorte que l'aconit a été préconisé contre un grand nombre d'affections, cela provient de l'activité qu'elle peut présenter suivant l'état sec ou frais, suivant la partie employée, suivant l'âge même de la plante. Suivant aussi son mode de dessiccation, la préparation de l'extrait et l'ancienneté plus ou moins grande des préparations.

L'espèce ou la variété d'aconit employée influe également sur les résultats qu'on peut en attendre ; mais il est difficile de dire quelles sont celles qui méritent la préférence, en raison du grand nombre d'espèces ou de variétés qui paraissent avoir été employées, à peu près indifféremment sous le nom d'aconit Napel.

L'aconit est en réalité un calmant narcotique fréquemment utilisable.

L'extrait a été préconisé par Storck comme sudorifique dans le cas de syphilis, de rhumatismes goutteux articulaires, etc., et employé depuis par beaucoup d'autres médecins dans un certain nombre d'autres maladies.

Il a été employé aussi contre la névralgie, le cancer, les maladies de la peau, les enrouements ; à Paris les chanteurs emploient avec succès contre l'enrouement l'alcoolature d'aconit à la dose de dix à vingt gouttes dans un verre d'eau sucrée, à prendre par gorgées.

Les feuilles d'aconit sont la base d'un assez grand nombre de préparations pharmaceutiques : on les emploie soit en poudre à la dose de cinq à cinquante centigrammes.

Extrait avec le suc..... 5 à 20 centigrammes,  
Extrait aqueux..... 5 à 30 —

Extrait alcoolique.....	5 à 15	centigrammes,
Alcoolature.....	3 à 18	gouttes,
Une teinture éthérée.....	3 à 18	—

La poudre préparée avec la racine s'emploie à la dose de vingt-cinq milligrammes à trente centigrammes.

On doit toujours conserver la poudre à l'abri de la lumière.

L'aconitine dont nous avons donnée les propriétés est retirée comme nous l'avons dit de la racine et est obtenue sous forme de tables rhomboïdales, incolores, fusibles à 138° ne contenant pas d'eau de cristallisation (Codex). On doit toujours la prescrire cristallisée. Cette recommandation est d'autant plus importante que les différentes aconitines du commerce ne possèdent pas toutes la même activité, activité qui dépend non seulement de la plante qui l'a fournie, car celle de *A. Ferox* passe pour être beaucoup plus toxique, mais aussi des précautions prises pendant sa préparation, cet alcaloïde pourrait passer à l'état de micro-aconitine dont l'activité est nulle.

C'est un des poisons les plus violents d'origine végétale qui doit être, à cause de son activité, employée avec les plus grandes précautions, et se place sous ce rapport à côté de l'atropine.

Placée sur les muqueuses sur la peau privée d'épiderme, elle produit une sensation de cuisson et de chaleur vive, qui persiste pendant assez longtemps. Dans la bouche elle rappelle la saveur âcre du pyrètre ou des cardamomes. Introduite dans l'estomac, elle cause immédiatement une sensation de brûlure, qui provoque la salivation. Bientôt après on voit apparaître des nausées, des troubles de la vue, des vertiges, des coliques ; une sensation particulière de fourmillement à la face, autour du nez. La sensibilité générale est altérée, entre autre le toucher et le goût. Des bourdonnements d'oreilles, de céphalalgie se produisent. Le pouls se ralentit, puis, dans la période voisine de la mort, devient désordonné ; les pupilles se dilatent ; il se manifestent quelques mouvements convulsifs et la mort survient.

L'aconitine paraît donc avoir une action spécialisée sur les nerfs sensitifs, dont elle paralyse plus ou moins les fonctions ; de là anesthésie, ralentissement de la circulation et abaissement de la température.

L'aconitine est un agent antinévralgique des plus intéressants.

Laborde, qui a fait de ce corps une étude qui pourrait ser-

vir de modèle d'analyse physiologique a établi que son action prédominante s'exerçait sur les phénomènes fonctionnels de la sensibilité générale et spéciale et sur les phénomènes vaso-moteurs : elle est indiquée dans les affections douloureuses telles que les névralgies congestives, particulièrement dans la névralgie trifaciale et dans la sciatique congestive : on peut également l'administrer avec succès dans le rhumatisme articulaire et la goutte, dans le cancer, les maladies du cœur, l'angine de poitrine, asthme, gastralgies.

Cet alcaloïde se prescrit sous forme de granules contenant un demi milligramme d'aconitine ; de un à six par jour peu à peu et en surveillant la tolérance.

On peut employer la teinture formule de Bouchardat :

Aconitine.....	19 centigrammes
Alcool à 80°.....	100 —

Cette solution se prescrit par gouttes, cinquante-six gouttes correspondent alors à un gramme d'alcool, soit un milligramme d'aconitine.

L'*aconitine amorphe* de Hottot ou du Codex de 1886 est environ trois fois moins énergique que l'aconitine cristallisée, quoique n'étant point le principe actif réel de l'aconit ; lequel est l'aconitine cristallisée comme nous l'avons dit, est employée aujourd'hui ; on l'obtient par le procédé Hottot.

A l'extérieur on l'emploie en injections hypodermiques : on prépare une solution à  $\frac{1}{500}$  en dissolvant l'aconitine avec quelques gouttes d'acide sulfurique. Cette préparation produit une sensation de brûlure vive pendant longtemps.

Il y a aussi un azotile d'aconitine qui s'emploie aux mêmes doses que l'aconit.

La recherche de l'aconitine dans les cas d'empoisonnement offre des difficultés. L'occasion ne paraît point s'être présentée puisque les auteurs spéciaux ne donnent aucune médication qui lui soit propre. On doit suivre alors la marche générale indiquée pour la recherche des alcaloïdes végétaux.

Essayer la dialyse, isoler la substance par le procédé de Stus par l'acide phosphomolybdique, l'iodure double de mercure et de potassium, ou l'iodure de potassium ioduré.

L'aconitine, isolée, ne se colore pas par l'acide azotique, et prend une teinte violette par l'acide sulfurique étendu, à chaud. Il est important de faire avec le produit obtenu des essais physiologiques.

---

Comme contre-poison, il conviendra surtout de faire évacuer la matière toxique le plus rapidement possible : faire vomir par l'émétique, comme purgatif employer le sulfate de soude et combattre les symptômes.

---

*Causes de la mort tardive dans les brûlures étendues de la peau ;  
pathogénie et traitement.*

M. Blondel, résume dans son excellente *Revue de Thérapeutique* (page 386, 1897), la communication de M. Barrié à l'Académie de Médecine (18 mai 1897). Après les brûlures étendues de la peau, la mort peut survenir tardivement par complications pulmonaires, mais souvent aussi par une véritable intoxication générale ayant pour siège le sang : celle-ci a pour cause la suppression ou la diminution des fonctions éliminatoires de la peau et, par contre-coup des reins. C'est à rétablir ces fonctions que devra viser la thérapeutique ; il faudra donc : 1. activer les fonctions de la peau par des enveloppements humides et des frictions sèches ; 2. instituer sans tarder le régime lacté ; 3. recourir aux inhalations prolongées d'oxygène.

Si les urines, malgré tout, sont encore rares, comme la diurèse est entravée plutôt par l'intolérance physiologique du rein à l'égard des toxines irritantes contenues dans le sang que par l'altération anatomo-pathologique du parenchyme rénal, le meilleur moyen de rétablir la dépuratation urinaire est de diluer les toxines dans le sang lui-même par des injections abondantes et répétées de sérum artificiel.

---

## REPRODUCTION

## Traitement de la pneumonie franche chez l'enfant

PAR

Le Docteur J. COMBY,  
Médecin de l'Hôpital Trousseau.

La pneumonie franche, lobaire, fibrineuse est très commune dans l'enfance, surtout après la deuxième année, et il importe d'avoir son siège fait sur le traitement qu'il convient de lui opposer. Pour cela, il faut bien savoir, bien connaître l'évolution naturelle de la maladie. L'exposé thérapeutique doit donc être précédé d'une étude sommaire des symptômes et du pronostic.

## I

On sait, depuis les recherches de Talamon, Fraenkel, Weichselbaum, etc., que la pneumonie franche est une maladie infectieuse due à l'intervention d'un diplocoque encapsulé, dit *pneumocoque*. Ce pneumocoque, microbe banal se rencontrant souvent dans la bouche de sujets sains, concentre habituellement ses attaques sur le poumon. Mais son champ d'action n'est pas forcément limité au parenchyme pulmonaire ; il peut envahir la plèvre, les méninges, le péritoine, la caisse du tympan, etc. Il peut créer une infection généralisée. Ses localisations anormales, ses foyers étendus et multipliés influent notablement sur le pronostic et l'aggravent dans presque tous les cas.

Chez l'enfant, en particulier, quand la pneumonie franche est primitive, et elle l'est presque toujours, elle guérit si elle est simple, si elle ne se complique pas de pneumococcie généralisée. Toute pneumonie infantile non compliquée guérit. Voilà ce qu'il ne faut pas oublier.

Sur 150 cas de pneumonie lobaire traités en 18 mois dans mon service de l'hôpital Trousseau, je n'ai perdu qu'un malade chez lequel la pneumonie était double, compliquée d'empyème de supuration mastoïdienne. Sur 212 cas, Rilliet et Barthez n'accusent que 2 décès : sur 70 cas, Gadet de Gassicourt signale une mort. On peut soigner des centaines d'enfants sans en voir mourir un

seul de pneumonie. Il ressort de toutes les statistiques publiées par les médecins français et étrangers que la *pneumonie franche* est d'une bénignité absolue chez les enfants de tout âge. Cette bénignité contraste avec la gravité de la broncho-pneumonie qui n'a de commun que le nom avec la pneumonie franche.

L'évolution de cette dernière est absolument cyclique, elle a un début brusque, une marche rapide, une terminaison soudaine : la défervescence se fait aussi brutalement que l'invasion et en quelques jours les symptômes les plus effrayants ont fait place au calme et aux attributs de la santé. Le cycle de la pneumonie, variable d'ailleurs dans d'étroites limites, dure en moyenne une semaine. Quand l'enfant est parvenu au septième ou au huitième jour, la virulence du pneumocoque a atteint ou est bien près d'avoir atteint son terme et la guérison est proche. Cependant le cycle peut être plus court ou plus long. On voit des pneumonies franches qui évoluent en moins de 7 jours, en 6, en 5, en 4 jours. D'autres durent plus longtemps, la défervescence se faisant attendre au neuvième, au dixième, au onzième jours, quelquefois même jusqu'au quatorzième ou quinzième jour. J'ai vu des exemples de toutes ces formes chez les enfants. Dans les formes à cycles très courts, la pneumonie est dite *abortive* ; elle est *prolongée* dans le cas contraire. Tantôt les symptômes réactionnels sont très accusés, tantôt ils sont insidieux, sourds, atténués dans leur expression ; c'est la *pneumonie rudimentaire* de d'Espine, qui elle-même, peut être courte ou longue, la durée n'étant que parallèle à l'intensité des symptômes.

Toutes ces manières d'être de la pneumonie franche doivent être bien connues si l'on ne veut pas se faire d'illusions thérapeutiques. Le cycle thermique de la pneumonie est pour ainsi dire inflexible, et, s'il peut se présenter des variétés spontanées et naturelles, il résiste certainement à toutes les tentatives thérapeutiques qui auraient la prétention de le modifier, de le raccourcir, de le briser. Jusqu'à présent aucun médicament n'a eu ce pouvoir. On peut concevoir que la marche de la maladie puisse être interrompue par un remède spécifique, un sérum antipneumococcique par exemple, mais ce remède spécifique nous n'en disposons pas encore et il convient d'être modeste quant à notre rôle dans le traitement de la pneumonie.

Cette modestie, le malade en bénéficiera, car elle lui épargnera les médications offensives dont Talamon faisait si justement la critique il y a quelques mois (*Traité de thérapeutique appliquée*). Chez l'enfant surtout, la thérapeutique violente et perturbatrice

serait absolument inopportune, la maladie ayant une terminaison favorable dans l'immense majorité des cas.

Dans la revue des remèdes qui conviennent à la pneumonie, nous aurons à signaler autant ceux qu'il faut éviter de ceux qu'il faut prescrire et cette thérapeutique négative sera parfaitement justifiée dans l'espèce.

## II

Quand la pneumonie évolue simplement, sans ataxo-adynergie, sans hyperthermie, sans tendance à l'asphyxie ni au collapsus, en un mot sans symptômes alarmants, la thérapeutique pourra être réduite sans inconvénient à sa plus simple expression. On se contentera d'une expectation vigilante, se bornant à l'hygiène thérapeutique qui convient à tous les cas et sur laquelle nous devons tout d'abord insister.

A. — Autant que possible, l'enfant sera isolé dans une chambre assez vaste, où l'air se renouvellera largement et facilement ; il est nécessaire, dans toutes les maladies du poumon, dans la pneumonie comme dans les autres affections de cet organe, de donner un air pur et abondant. Au besoin, on laissera les fenêtres entr'ouvertes et, quand on le pourra, on accordera à l'enfant deux chambres, une pour le jour, l'autre pour la nuit. En cas d'exiguïté des pièces, d'étroitesse et d'obscurité des appartements, il sera bon de faire des inhalations d'oxygène.

La température de la chambre occupée par le malade sera modérée (17°, 18°, 20°) ; elle sera assurée en hiver par un chauffage de cheminée au feu de bois. Tout cela pourrait s'appeler l'*hygiène respiratoire* du pneumonique.

La propreté du corps, l'antisepsie n'est pas moins nécessaire ; elle sera assurée par un grand bain tiède qu'on pourra renouveler plusieurs fois dans le cours de la maladie, par des lavages soignés de toutes les parties souillées par les déjections ou les crachats, quand il y en aura. Déjections et crachats seront stérilisés dans des vases contenant une solution de sublimé de 1 p. 1,000 ou de sulfate de cuivre à 5 p. 100. On fera systématiquement des lavages de la bouche, des narines, de la gorge, avec de l'eau boriquée ou simplement bouillie, afin de parer dans la mesure du possible aux infections secondaires à point de départ nasal ou bucco-pharyngé.

L'hygiène alimentaire du malade est très importante ; la fièvre ne permet pas une alimentation solide. On se contentera de donner du lait, des tisanes chaudes au goût des petits malades, des

sirops de fruits acidulés étendus d'eau, etc. En somme, *diète liquide*. On ne se contentera pas de donner satisfaction à la soif des petits malades, on les invitera à boire souvent et abondamment. Des boissons abondantes solliciteront l'activité du filtre rénal et entraîneront avec elles les déchets organiques et les toxines qui menacent d'empoisonner le malade. La diurèse est à rechercher ; on fera tout pour obtenir les urines claires et abondantes. Il n'est pas utile de donner des liquides alcooliques qui après tout sont des poisons et dont l'action tonique et stimulante sera réservée pour les cas particuliers de faiblesse et de prostration qui les indiquent.

On veillera au bon fonctionnement de l'intestin et on devra toujours combattre la constipation, habituelle dans la pneumonie.

L'enfant sera aisément maintenu au lit pendant toute la période fébrile de la maladie ; après la défervescence, il demandera à se lever ; on ne le lui permettra pas tant que les signes physiques indiqueront la persistance d'un foyer quelconque.

Quand tout sera revenue à l'état normal depuis quelques jours, on laissera l'enfant essayer ses forces dans la chambre et l'appartement en évitant les causes de refroidissement auquel il est très sensible. Dans cette maladie, la convalescence n'existe pour ainsi dire pas, et le retour à la santé est immédiat.

Nous n'avons pas parlé jusqu'à présent de médicaments ; on peut s'en passer ; dans quels cas faut-il y avoir recours ?

B. — Autrefois on ne traitait pas une pneumonie sans révulsifs énergiques, et les enfants les plus jeunes n'échappaient pas au vésicatoire. Ce révulsif énergique peut bien, dans quelques cas et à un autre âge, être accepté comme décongestionnant local et dérivatif ; mais, chez l'enfant, il n'est jamais indiqué et il peut faire beaucoup de mal ; je ne le prescris jamais dans la pneumonie ; il est inefficace et il est dangereux, cela suffit pour le condamner.

Mais si l'on s'abstient de vésicatoire, on pourra employer les ventouses sèches, scarifiées même dans les cas de point de côté violent, les cataplasmes sinapisés, les applications locales d'eau froide ou même de glace, etc. Ces révulsifs, qui n'entament pas la peau, n'ont aucun inconvénient.

Je n'ai pas besoin de dire que la saignée, dont on abusait autrefois, n'est jamais indiquée chez les enfants. Tout au plus peut-on autoriser la scarification de 2 ou 3 ventouses au niveau du point de côté.

C. — Si la médication révulsive doit être très modérée ou nulle, la médication évacuante est applicable à tous les cas, j'ai

dit qu'il fallait faire uriner les malades en les faisant boire. Il faut aussi les faire aller à la garde-robe, les purger une ou deux fois dans le cours de la maladie. On leur prescrira 10 ou 15 grammes d'huile de ricin, 25 à 50 centigr. de poudre de scammonée. Le vomitif peut convenir aux cas compliqués de dyspnée intense et de catarrhe bronchique. On pourra associer l'ipéca à la scammonée (25 centigrammes de chacun à prendre dans un demi-verre d'eau sucrée).

Si l'état saburral est très prononcé, je prescris volontiers un éméto-cathartique (5 milligrammes de tarte stibié par année d'âge dans un julep gommeux de 120 ou 130 grammes).

Par exemple pour un enfant de 10 ans, je prescris :

Tarte stibié.....	gr. 0,5
Sulfate de Soude.....	10 grammes.
Julep gommeux.....	130 —

A prendre le matin à jeun en 3 ou 4 fois, à 30 minutes d'intervalle. L'enfant aura ainsi 4 ou 5 vomissements et autant de selles. Il en éprouvera du soulagement : dyspnée moindre, pouls ralenti, état général meilleur.

Dans les cas de pneumonie biliaire, avec gros foie, subictère, je donne volontiers le calomel (5 centigrammes tous les matins).

*D.* — L'hypertérmie, habituelle dans la pneumonie, peut, si elle est excessive, commander une thérapeutique spéciale, quoiqu'on ne doive pas s'effrayer outre mesure des hautes températures présentées en pareil cas par les enfants.

Les antithermiques chimiques, antipyrine, quinine, etc., n'ont pas d'action directe et spécifique sur la fièvre pneumonique. Pour obtenir un abaissement momentané, il faut prescrire des doses énormes, c'est-à-dire toxique ; il n'y a aucun intérêt à le faire.

L'eau froide agit et à moins de frais. J'ai remarqué que le bain froid, à 25 et même 20°, était parfaitement supporté par tous les enfants, et que, grâce à une série de bains donnés toutes les 3 ou 4 heures, on obtient des rémissions thermiques, un soulagement manifeste, l'atténuation de la dyspnée, l'amélioration du pouls, l'augmentation de la vitalité, la disparition de l'agitation, du délire, de l'insomnie quand ces troubles existent. Les avantages de la balnéation sont donc multiples ; mais cette médication n'est que palliative, elle n'abrège pas la durée de la maladie, elle ne modifie pas le cycle thermique. Le drap mouillé, les compresses d'eau froide, ont une action analogue, mais moins puissante.

E. — Dans les cas où la pneumonie se complique d'agitation, de délire, de convulsions, manifestations qui ne se voient guère que chez les enfants nerveux prédisposés par une hérédité neuropathologique très chargée, on prescrira avec avantage les stupéfiants et antispasmodiques habituels. On ne donnera pas l'opium qui congestionne le cerveau et constipe les malades, tout en restreignant la sécrétion urinaire (autant de contre-indications). Mais on pourra prescrire de petites doses de chloral, d'uréthane, de sulfonal, de bromure de potassium, de musc, etc. J'ai trouvé que le trional avait en pareil cas de grands avantages ; avec 25, 50, 75 centigrammes pris le soir dans un peu de lait chaud, en 1, 2, 3 doses, suivant l'âge, on obtient un sommeil calme et prolongé sans affaiblissement du malade. Le trional peut être répété plusieurs jours de suite sans danger.

F. — S'il y a de l'affaiblissement du cœur, avec petitesse et irrégularités du pouls, cyanose, dyspnée extrême, adynamie, menace de collapsus, il faut bien se garder de donner les bains froids qui seraient mal supportés et pourraient être suivis de syncope. On fera tout au contraire pour réveiller et stimuler. C'est alors que l'alcool (potion de Todd) peut être indiqué, que les injections de caféine (25 à 75 centigrammes par jour) de spartéine (3 à 5 centigrammes), pourront rendre des services. La digitale peut également être prescrite et elle a le double avantage de relever le cœur et de favoriser l'action du rein. Elle sera prescrite en cas d'oligurie et d'insuffisance cardiaque, à dose modérée (5 à 20 centigrammes de poudre de feuilles suivant l'âge, en macération ou infusion). Je ne crois pas que la digitale à haute dose, c'est-à-dire par grammes (méthode romaine), soit utile et inoffensive. La pneumonie guérissant toujours chez les enfants, ou serait coupable de leur faire courir des risques d'empoisonnement sans objet.

G. — On voit, par ce résumé rapide, combien petite est la place occupée par les médicaments dans le traitement de la pneumonie infantile. Dans tous les cas, *hygiène thérapeutique* : dans quelques cas seulement et suivant les symptômes, révulsifs et légers, laxatifs, bains froids, toniques, calmants.

La prophylaxie consiste à protéger les enfants contre le froid, qui reste la cause habituelle de la pneumonie franche, à les isoler quand ils sont atteints de cette maladie, ou à les empêcher de voir des pneumoniques, quand ils sont indemnes. En effet, quoique la pneumonie ne soit pas spécifique, quoiqu'elle puisse naître spontanément chez tous les sujets, elle a, dans quelques cas, un pou-

voir contagieux, elle peut se transmettre d'un malade à une personne saine, surtout quand cette personne, est vulnérable comme le sont les enfants.

Pour éviter les récidives, on conseillera des lavages de la bouche, des irrigations de la gorge et des fosses nasales faites matin et soir chez les enfants convalescents de pneumonie.

---

### *De l'Eucaïne en Chirurgie*

Comparant la cocaïne et l'eucaïne, les auteurs, résumant la série de leurs observations, posent les conclusions suivantes :

Au point de vue clinique, l'eucaïne est un produit beaucoup plus stable que la cocaïne, et ses solutions pourront être facilement stérilisées par simple ébullition, sans crainte d'être décomposées, tandis que la cocaïne se décompose facilement.

Au point de vue physiologique, bien que ces deux produits soient très analogues, leur action sur le cœur est différente. La cocaïne provoque une accélération du pouls et une élévation de la pression artérielle, avec ischémie de la région anesthésiée. Au contraire, l'eucaïne produit un ralentissement du pouls, et un abaissement de la pression artérielle, avec hyperémie de la région anesthésiée.

Au point de vue de l'anesthésie, l'eucaïne semble avoir une action plus rapide.

Enfin, sa toxicité est très inférieure à celle de la cocaïne, puisqu'on peut injecter impunément jusqu'à deux grammes d'eucaïne, d'après Kiesel.

Cependant, l'eucaïne présente quelques inconvénients : elle est plus douloureuse à l'injection ; son action hyperémianté en fera rejeter l'emploi en ophtalmologie, dans les inflammations de l'œil ; en cystoscopie, dans les tumeurs saignantes de la vessie, etc.

Dans tous les cas, telle qu'elle se présente, l'eucaïne est un excellent anesthésique, qui a trouvé sa place parmi les anesthésiques locaux, à côté de la cocaïne, et qui pourra, en même temps que cette dernière, rendre de nombreux services en chirurgie.

---

---

# THERAPEUTIQUE

PAR

M. le Docteur GEORGES LEMOENE

---

## PNEUMONIE

---

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 lui donnent naissance sont disséminés dans tout l'organisme où ils peuvent déterminer de nombreuses complications. Ses symptômes généraux emprunte 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 surcharger sa 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 ses 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 que l'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'accom-

ragne 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 et abondant. Il ne faut employer le tartre stibié que chez les individus vigoureux, capables de supporter l'affaissement moral qu'il provoque.

**1<sup>re</sup> 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 sacrifiée, 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 ou 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.

Presque toujours aussi il est utile d'activer les selles par des laxatifs et des lavements presque journaliers, à moins qu'il n'y ait de la diarrhée. On fait aussi une déviation efficace et on empêche les résorptions putrides d'être aussi actives.

2<sup>e</sup> Indication. — Soutenir le cœur. — Elle est le complément nécessaire de la médication décongestive externe qu'elle aide puissamment. Comme M. Huchard l'a fait 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. À 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 agonisante, indiquent que la circulation se ressent de l'énervement 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 relève l'existence de cylindres épithéliaux, indice d'une lésion profonde des reins. Elle est, dans la pneumonie, bien préférable à la caféine.

Cependant s'il existe des contre-indications à l'emploi de la digitale, il faudra se servir de la caféine de préférence en injections sous-cutanées ou, si le malade les repousse, en potion. La dose sera très variable de 0,50 à 1,50 par jour.

3<sup>e</sup> 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 les malaises.

La quinine elle-même, à la dose de 1,50 à 3 gr., dose 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-dynamique, 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.

J'ajouterai cependant que les résultats que j'ai obtenus dans ces deux dernières années par les bains tièdes font que je les ordonne maintenant d'une façon presque exclusive. Ce n'est que dans les cas où l'excitation est extrême que je recours aux bains froids, et encore pour les remplacer par les bains tièdes dès que l'agitation diminue.

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

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

2. 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.

3. 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 toute 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.

4<sup>e</sup> Indication. — Faire de l'antisepsie générale ou 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.

Est-ce à dire pour cela qu'il faut renoncer à faire de l'antisepsie 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'antisepsie préventive.

Matin et soir au moins, plus souvent si c'est possible, le 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 de la désinfection de l'intestin et du milieu intérieur seront assurés par de légers purgatifs répétés, et, selon les indications, par du benzonaphtol ou par du salol.

5° 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 est bon de s'abstenir de tout autre médicament diurétique ; 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 sur 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 Todd, en grogs, sous forme de vin 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 proscriis 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 fréquentes chez les malades débilités par leur pneumonie et qui n'ont pas été suffisamment alimentés. 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 résolution.** — Dès que la pneumonie entre en résolution, ce qui est énoncé 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 Dower, et les diurétiques, principalement la caféine à la dose de 0,40 à 0,50, 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. Mais ici il rend réellement des services et hâte la terminaison de la maladie. Ne pas oublier de les prescrire camphrés pour diminuer l'action de la cantharide sur les reins. A leur défaut, on peut employer les pointes de feu.

**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 terrain 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, 0,50 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 aiguë. 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.

Certaines de ces pneumonies se localisent au sommet du poumon, alors même qu'il n'existe pas de lésions tuberculeuses chez le malade. Ces pneumonies du sommet n'exigent pas de modification spéciale : ici encore la principale chose à faire c'est de soutenir les forces du malade.

---

Le monument Pasteur, en face du Panthéon, à Paris, est à peu près terminé. L'artiste a ajouté un nouveau groupe composé d'une mère et de son enfant remerciant Pasteur pendant que la renommée le couronne de lauriers. La souscription internationale s'élève aujourd'hui à plus de \$50,000.

Le professeur Mays assure que la teinture de capscicum est d'une rare efficacité pour relever les forces et combattre le délire dans la pneumonie des ivrognes. La dose qu'il recommande est une cuillerée à thé dans un peu d'eau, toutes les deux ou trois heures.

La guerre hispano-américaine vient de faire découvrir que le Dr Antoine de Marchi qui était le médecin de l'empereur Napoléon 1<sup>er</sup> à Ste Hélène, a été inhumé à Santiago de Cuba où il a consacré ses dernières années aux pauvres.

M. David Kane de New-York, a offert sa maison d'été sur l'île de Jekyll, au gouvernement Américain, pour en faire un hôpital pour les matelots malades ou blessés. Cette île est située sur les côtes de la Georgie à peu de distance de Windsor.

---

## De l'ablation de certains kystes des annexes par la voie vaginale

PAR

M. DELAUNAY, (de Paris)

---

L'ablation des kystes, soit de l'ovaire, soit du ligament large, a déjà été un certain nombre de fois effectuée par la voie vaginale ; mais elle a toujours été considérée comme une rareté opératoire, ou susceptible de ne s'appliquer qu'aux kystes d'un petit volume. Pour ceux de dimension plus grande, on a conseillé l'hystérectomie préalable, mais c'est une mutilation que nous jugeons absolument inutile. Sans vouloir établir ici une règle générale et poser en principe, (ce qui serait absurde), que tous les kystes de la sphère génitale doivent être enlevés par le vagin, nous croyons cependant pouvoir affirmer que la voie vaginale, qui semble aujourd'hui être fortement battue en brèche, peut être très souvent employée pour l'extirpation des tumeurs kystiques. Et par tumeurs kystiques nous ne comprenons pas seulement les gros kystes hématiques de l'ovaire, ou les kystes séreux plus ou moins volumineux de cet organe, mais les véritables kystes de l'ovaire dont le volume peut être assez considérable pour remonter jusqu'à l'ombilic.

Il nous a été donné deux fois au mois de mars de cette année d'employer la voie vaginale pour l'ablation, la première fois d'un kyste du ligament large, la seconde fois d'un kyste de l'ovaire. Dans la première de ces opérations, le kyste développé dans le ligament large droit était facilement accessible à l'exploration digitale. Il remontait à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne et repoussait l'utérus à gauche.

Voici comment nous avons procédé après avoir attiré le col à la vulve. Nous avons désinséré les attaches vaginales postérieures, autrement dit nous avons exécuté, y compris l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, le temps postérieur de l'hystérectomie vaginale. Sur la tranche du vagin nous avons placé des pinces longuettes qui en assurant l'hémostase nous ont servi de rétracteurs. Nous avons placé un écarteur sur la face postérieure de l'utérus pour le reclinier du côté du pubis, et le kyste nous est

apparu. Nous l'avons ponctionné, saisi sa poche avec une pince languette et attiré au dehors avec la plus grande facilité. En prévision possible d'un suintement sanguin de la surface de la séreuse détachée, nous avons placé un drain et l'opération a été terminée par la réinsertion du vagin sur l'utérus.

Dans notre second cas, nous avons affaire à une tumeur kystique volumineuse remontant à l'ombilic et facilement accessible par le cul-de-sac antérieur. Dans ce second cas, nous avons procédé comme pour le premier, avec cette différence que nous avons abordé la tumeur par le cul-de-sac antérieur, c'est-à-dire : désinsertion du vagin de son attache utérine, premier temps de l'hystérectomie vaginale et ouverture du cul-de-sac antérieur ; un écarteur est placé en avant pour refouler la vessie, un autre en arrière pour éloigner l'utérus. A ce moment, la main d'un aide, appliquée sur la paroi abdominale, maintient le kyste en place et l'abaisse même un peu. Ponction du kyste qui, saisi par une pince languette, se laisse attirer dans le vagin. Cette extraction n'a pas été aussi simple que celle du kyste précédent, car il nous a fallu vider successivement les différentes loges du kyste, et de plus, libérer la paroi de certaines adhérences épiploïques assez serrées que justifiait la présence d'un pédicule tordu. Ce pédicule a été sectionné après pincement avec une pince à mors longues et définitivement abandonné dans le ventre après ligature à la soie. Nous avons refermé le cul-de-sac antérieur par un surjet au catgut en réappliquant le péritoine sur la face antérieure de l'utérus et rattaché le vagin à ses insertions premières.

Nous attirons d'une façon toute spéciale l'attention des opérateurs sur le mode d'ouverture des culs-de-sacs, exécuté par la désinsertion préalable du vagin. Nous l'avons vu employer par notre maître Péan, qui nous l'a appris, et nous avons toujours été frappé de la voie large et facile qu'il offrait.

Nous ne voulons pas dire que tous les kystes de l'ovaire doivent être enlevés par le vagin ; il est incontestable que les gros kystes multiloculaires, ou ceux chez lesquels des symptômes de péritonite antérieure, de douleurs localisées font présumer l'existence d'adhérences nombreuses et solides, seront toujours justiciables de la voie abdominale. Mais dans bien des cas il sera utile de songer à la possibilité d'employer la voie vaginale qui permet de venir à bout de kystes relativement volumineux et même de libérer facilement des adhérences quand elles existent, comme dans le dernier des deux cas que nous vous signalons. L'avantage que nous reconnaissons à ce procédé est le peu de retentissement

sur la santé générale et la suppression d'une cicatrice abdominale. Et quand nous parlons de la cicatrice abdominale, nous n'avons pas seulement en vue une question d'esthétique, mais nous croyons qu'une paroi abdominale intacte est toujours plus solide qu'une paroi incisée et recousue par la suture même la plus parfaite.

Un second fait à considérer c'est la rapidité de la guérison, à un point tel que, chez nos deux malades, si nous n'avions eu peur de manquer de prudence, nous aurions certainement pu les laisser lever dès le quatrième jour.

Quant au manuel opératoire, il est d'une simplicité remarquable, surtout si nous songeons qu'ici, comme, d'une façon générale, nous pourrions ajouter, dans tous les cas, nous ne prenons pas un chemin détourné pour aborder la tumeur, mais nous l'abordons par celui qu'elle a cru devoir choisir. Fait-elle saillie dans le cul-de-sac antérieur, c'est celui-là que nous ouvrons. Si, au contraire, nous la sentons plus accessible dans le cul-de-sac postérieur, c'est par celui-là que nous l'extirpons.

---

*Le troisième Congrès Médical "Pan Américain"*  
*remis à plus tard.*

Le docteur José Manuel de Rias, président du comité d'organisation du troisième congrès a fait connaître au comité exécutif international que vu la récente révolte survenue au Venezuela, et la violente épidémie de variole qui n'est pas encore éteinte, les médecins du pays n'avaient eu aucun temps à dévouer aux travaux scientifiques, et que par conséquent il lui paraissait préférable de remettre la prochaine réunion. Le comité exécutif a décidé que le prochain congrès n'aurait lieu qu'en décembre 1899, à Caracas, capitale du Venezuela.

---

Traitement des anévrysmes en général et des anévrysmes  
de l'aorte en particulier par les injections  
sous-cutanées de gélatine

---

Lancereaux et Paulesco ont d'abord communiqué à l'Académie de Médecine de Paris, puis publié dans le *Journal de Médecine interne* (1) les résultats qu'ils ont obtenu dans le traitement des anévrysmes de l'aorte par les injections sous-cutanées de gélatine.

Je résume ici cet article qui est du plus haut intérêt pour le praticien, puisque jusqu'à présent l'anévrysme de l'aorte, sans être regardée comme absolument impossible à obtenir, restait à l'état de curiosité scientifique et que messieurs Lancereaux et Paulesco ont obtenu trois guérisons sur cinq cas traités.

Les auteurs commencent d'abord par rapporter leur expérience sur un lapin auquel ils injectèrent 100 c. cubes d'une solution de gélatine à 2%. Or le sang (5 c. c.) qui prenait, avant l'injection, 4 minutes à se coaguler, se coagule, après l'injection, en une minute.

Ayant donc vérifié l'assertion faite en 1896 par Dastre et Flaresco « que la gélatine introduite dans le sang le rend plus coagulable, » ils pensèrent de suite que cette augmentation de la coagulabilité du sang serait d'un très grand avantage dans le traitement des anévrysmes internes.

Ils traitèrent d'abord trois malades avec succès complet. On peut juger que ces anévrysmes n'étaient pas des plus ternis par leur description que nous transcrivons :

*Premier malade.*—C'est un homme bien constitué, maigre, légèrement pâle ; il présente sur la partie supérieure de la poitrine, une tumeur grosse comme une tête d'enfant et qui mesure 12 cm. dans le sens vertical et 12.5 cm. dans le sens transversal. Cette tumeur a érodé les 2e, 3e et 4e cartilages droits, les extrémités des côtes correspondantes et de plus, une grande partie du

---

(1) *Journal de Médecine interne* 1898, p. 231 et suivantes.

sternum, car elle dépasse la ligne medio-sternale de 3 cm. vers la gauche. Animée de battements synchrones aux pulsations des artères, et en plus d'un mouvement d'expansion très net, suivant de près la systole ventriculaire la tumeur ne présente pas de frémissement à la palpation et l'auscultation permet d'entendre, à son niveau, deux battements réguliers non accompagnés de souffles, ni d'aucun autre bruit anormal.

Le cœur est légèrement augmenté de volume ; on sent battre sa pointe dans la 5e espace gauche à 15 cm. de la ligne médiane ; ses battements sont normaux ; seul, le 2e bruit à l'aorte est un peu plus claquant qu'à l'ordinaire. Le pouls est régulier (100 pulsations à la minute), il est synchrone aux deux bras et de même intensité ; les radiales ne sont ni dures ni sinueuses. L'anévrysme siège donc sur la première portion de la crosse aortique ; il est manifestement lié à une aortite en plaques ou aortite paludique, car le reste du système vasculaire paraît absolument intact.

*Deuxième malade.*—C'est un homme fort, robuste, bien constitué ; sa face est colorée et il n'est pas chauve ; son cou est très gros, épais ; néanmoins le corps thyroïde paraît normal.

Le thorax est bien développé, très large ; il est sillonné de nombreuses veines superficielles, sinueuses, dans sa moitié supérieure et principalement du côté droit ; il y a une stase manifeste dans la circulation veineuse de la tête et de toute la partie supérieure du thorax.

Le cœur est normal, mais ses battements sont difficilement perçus à la palpation à cause de l'épaisseur de la paroi thoracique. Il existe en outre, un second centre de battements dans le deuxième espace intercostal droit, sur une étendue transversale de 5 cent. (à partir de 2 cent. du bord du sternum) ; on ne perçoit pas de frémissement à ce niveau. La percussion donne une matité s'étendant à 10 cent. du bord droit du sternum. A l'auscultation, on entend à la pointe, à l'aorte et à tous les orifices, les deux battements normaux, et non accompagnés de souffles ni de dédoublements ; mais à droite du sternum au niveau de l'anévrysme on perçoit un double souffle allongé, mais très doux, qui se propage vers la clavicule et l'aisselle, et dont le maximum d'intensité se trouve dans le premier espace intercostal à 10 cent. de la ligne médiane. Le doigt introduit profondément vers le bas, au niveau de la fourchette sternale, ne perçoit pas les battements de l'aorte. Les battements des carotides sont normaux et synchrones des deux côtés ; il en est de même des radiales qui

ne sont ni dures ni sinueuses et qui battent 72 fois à la minute ; le pouls est plus faible à la radiale gauche, qu'à celle de droite, cela doit tenir à une anomalie dans le calibre des vaisseaux. Les poumons sont normaux ; le foie, un peu abaissé, débordé des fausses côtes d'un travers de doigt ; la rate, normale, mesure 10 sur 15 cent.

L'estomac et les organes abdominaux paraissent normaux ; pas d'ascite ni météorisme, ni circulation veineuse collatérale ; au niveau de la paroi du ventre. Le malade rend dans les 24 heures environ 1500 gr. d'urine, d'une densité de 1025 et qui ne renferme aucun élément anormal.

*Troisième malade.*—C'est un homme robuste, gros et gras, très poilu et à face colorée. Son cœur paraît un peu volumineux, on sent la pointe battre dans le 5<sup>e</sup> espace à 13 cm. de la ligne médiane, mais l'auscultation ne révèle rien d'anormal. Les poumons sont intacts, le foie de même, la rate mesure  $1\frac{1}{2}$  cm. Rien de particulier dans les urines. Il rend dans les 24 heures, environ 1,500 gr. d'urine, ayant 1,027 de densité et ne renfermant ni sucre, ni albumine ; pas de polyurie nocturne.

Dans le triangle sus-claviculaire droit, on constate la présence d'une tumeur du volume d'une grosse noix, appréciable au palper et même à la vue, lorsque le malade est debout ; elle occupe le milieu de l'espace compris entre le sterno-cleido-mastoïdien et le trapèze et se trouve située immédiatement en dehors des scalènes. Arrondie et un peu allongée dans le sens transversal, la tumeur est lisse et nettement limitée en haut et sur les côtés, tandis qu'en bas elle s'enfonce derrière la clavicule. Cette tumeur est animée de battements synchrones aux pulsations de l'artère ; on constate en outre qu'à chaque diastole artérielle la poche anévrysmale se laisse distendre par l'onée sanguine qui y pénètre, et le mouvement d'expansion est très manifeste. Pas de frémissements ni de souffles au niveau de la tumeur ; à l'auscultation on entend que les battements de l'artère.

Les pulsations artérielles ne sont pas perceptibles au-delà de la tumeur, ni à l'axillaire, ni à l'humérale, ni à la radiale ; tandis qu'à gauche, le pouls régulier, normal, bat 68 fois à la minute et l'artère radiale ne paraît pas dure ni sinueuse. La main et tout le bras droits sont plus chauds que ceux du côté gauche ; le malade prétend qu'au début, tout le membre supérieur droit était froid « comme du marbre », insensible et engourdi ; actuellement, il n'y a que les extrémités des doigts qui sont le siège d'un engourdissement pénible avec sensation de fourmilie-

ments. Les dernières phalanges sont augmentées de volume, les ongles sont allongés et recourbés, surtout dans le sens de la longueur. La sensibilité, sous toutes ses formes, est normale, sauf au bout des doigts, où l'on constate de l'hyperesthésie ; la force musculaire paraît un peu affaiblie.

Le malade éprouve au niveau de l'anévrysme des élancements qui s'irradient dans le bras, sous forme de douleurs extrêmement vives : « Comme si des chiens me rongeaient les os ».

Les deux derniers malades présentaient non pas des anévrysmes en sac mais de véritables ectasies (comme le montrèrent les deux autopsies) et moururent subitement peu de temps après leur entrée à l'hôpital, de la rupture de l'anévrysme.

Et voyons les conclusions des auteurs :

« Dans ce cas, comme dans le précédent, les injections de gélatine n'ont eu, et du reste ne pouvaient avoir aucun résultat.

Il résulte de ces faits, que la gélatine, introduite dans le tissu cellulaire sous-cutané, pénètre dans le sang et rend ce liquide plus coagulable que normalement ; au niveau d'une poche anévrysmale, le sang rencontrant deux conditions favorables à la coagulation ; à savoir : un ralentissement de son cours et une paroi vasculaire qui n'est pas lisse, il se produit une formation plus ou moins abondante de caillots, qui obstruent le sac anévrysmal. Puis, ces caillots se rétractant, la poche qui les contient diminue de volume et les phénomènes de compression auxquels elle donnait naissance s'atténuent et finissent par disparaître. Cependant, il peut se produire alors un décollement du caillot ; le sang pénètre entre celui-ci et les parois de la poche ; mais comme on vient de le voir, sa coagulation est, dans ces conditions, très facile.

Ainsi, la gélatine constitue un excellent agent thérapeutique ; elle ne guérit pas les anévrysmes, mais elle favorise le processus naturel de leur guérison.

Cela est d'autant plus vrai, que les simples ectasies qui n'ont pas un véritable sac, et qui ne peuvent pas guérir spontanément, n'ont, comme on vient de le voir, rien à attendre du traitement par la gélatine.

#### TECHNIQUE OPÉRATOIRE

A) *La solution de gélatine* dont nous nous servons de préférence est la suivante :

Gélatine blanche.....	5 grammes
Solution Nall (à 7-1000).....	200 c. cubes

On place cette solution dans un ballon ; on ferme le ballon à la lampe et on le stérilise à 120°. Il est bon de faire préparer d'avance plusieurs ballons semblables, stérilisés ; on les met quelques jours à l'étuve à 33° et on jette ceux qui se troublent et dont la gélatine ne se solidifie pas par le refroidissement.

B) *Pour injecter la solution de gélatine sous la peau*, nous nous servons d'un appareil construit par M. Mathieu et qui consiste en un matras de 500 c. cubes, en verre de Bohême, facilement stérilisable à 120°, ou même, tout simplement, en y faisant bouillir de l'eau pendant un quart d'heure.

Au matras s'adapte un bouchon en caoutchouc, traversé par deux tubes de verre ; l'un d'eux plonge jusqu'au fond du matras et se trouve relié par son tube en caoutchouc avec une aiguille en platine irridée, de fort calibre ; l'autre, très court, est relié par un tube en caoutchouc avec une poire à soufflerie. Sur le trajet de ce dernier tube se trouve un petit ballon de verre, rempli d'ouate et destiné à purifier l'air qui va comprimer le liquide.

On commence par stériliser le matras, comme il est dit plus haut ; on fait bouillir le bouchon avec ses deux tubulures, le tube en caoutchouc qui le relie à l'aiguille et cette dernière.

En même temps on place le ballon de gélatine, dans un bain marie à 37° et lorsque la gélatine est liquéfiée, on ouvre le ballon et on deverse son contenu dans le matras stérilisé, que l'on ferme rapidement par le bouchon, stérilisé, lui aussi, par l'ébullition.

Le matras est alors placé dans un bain marie à 37°.

On lave soigneusement l'endroit où l'on fera l'injection, de préférence la fesse, et l'on y introduit l'aiguille profondément, de façon que la pointe se trouve dans le voisinage de l'aponévrose sous-jacente.

L'injection doit être faite rapidement et terminée en dix minutes, maximum un quart d'heure.

Dans ces conditions l'injection n'est pas douloureuse ; l'absorption est rapide et n'est suivie d'aucune réaction locale ou générale.

L'effet se produit rapidement ; il est prudent dès lors d'imposer le repos absolu au malade et de s'abstenir de palper la poche anévrysmale immédiatement après l'injection. Des ma-

nœuvres trop violentes, risquent de disloquer les caillots récemment formés.

J'ai eu la bonne fortune de rencontrer dans ma clientèle un cas d'anévrisme de la portion ascendante de l'aorte que je traite actuellement, avec mon confrère et ami, le docteur J. A. Dufresne, de Deschambault, par les injections de sérum gélatinisé à 3%. Nous avons tout lieu d'espérer que nous avons affaire à un anévrisme en sac dont nous obtiendrons la guérison.

Nous remettons à plus tard la publication de cette observation.

A. DE M.

---

*Des iodures autres que celui de potassium dans le traitement  
de la syphilis*

M. Briquet (d'Armentières) après une étude très documentée sur cette question, conclut ainsi :

1. Tous les iodures ont des propriétés nettement antisypilitiques.
  2. L'iodure de potassium est, d'une façon générale, le plus actif ; l'iodure de rubidium, souvent mieux toléré, nous a paru presque sans égal.
  3. Quand l'iodure de potassium n'est pas supporté, il ne faut pas hésiter à recourir à l'iodure de sodium, qui réussit très souvent.
  4. L'iodure de strontium n'a aucun avantage ; il faut éviter de l'employer contre les céphalées syphilitiques.
  5. L'iodure d'ammonium doit être réservé à certains cas de syphilis graves si l'iodure de potassium échoue ou se montre peu actif ; il paraît surtout utile contre les éruptions tertiaires.
  6. Les iodures de lithium et de calcium agissent plus lentement et moins sûrement que les iodures précités.
  7. Pour obtenir un effet à peu près égal ou du moins comparable à celui que donne l'iodure de potassium il faut prescrire tous ces iodures aux mêmes doses que lui. (*Journal des maladies cut. et syph.*)
-

## NECROLOGIE

---

DR JULES LABERGE

---

C'est un travailleur acharné, un esprit délicat autant que profond qui vient de s'éteindre après seulement quelques semaines de maladie.

Et cette mort, arrivant alors que chacun attendait avec hâte la guérison d'une fièvre typhoïde supposée, est venue frapper les confrères, les amis et les admirateurs du Dr Jules Laberge, comme l'annonce d'une mort subite et c'est avec effarement que chacun entendait ces paroles : « Le Dr Jules Laberge est mort ».

Nous n'avons pas l'intention de faire ici le panégyrique de ce confrère aux goûts modestes, au courage indomptable, à la volonté jamais défaillante que fut le Dr Laberge. Mais tous ceux qui l'ont connu alors qu'à Paris, vivant des plus modestement, il dépensait toutes ses forces à l'étude approfondie des maladies nerveuses ; ceux qui ont connu les difficultés qu'il a dû surmonter dans les premières années qui ont suivi son retour d'Europe, sentiront comme nous toute la tristesse à cette mort prématurée !

À sa veuve et à ses parents, qu'il nous soit permis d'offrir l'expression de notre plus sincère sympathie.

---



Dr JULES LABERGE

Décédé le 30 Novembre 1898

## NOTES DIVERSES

Nous apprenons avec plaisir que notre éminent et sympathique confrère Sir William Hingston, a reçu le titre de L. L. D. de l'Université d'Ottawa.

Très peu de médecins de Londres ont le téléphone.

On annonce que la santé du pape est précaire.

On rapporte que deux nouveaux cas de fièvre jaune viennent de se déclarer au fort McHenry, Mississipi.

L'année dernière 4,200 étudiants en médecine se sont fait inscrire en Angleterre et en Ecosse.

Le professeur Garnier a laissée par testament \$20,000 à la ville de Dijon.

Il n'y a eu que deux épidémies de fièvre jaune à Santiago de Cuba durant ces dernières dix années.

De mars 1895 à mars 1897, 318 officiers et 13,000 soldats sont morts de la fièvre jaune.

On rapporte que l'on a découvert plusieurs cas de picotte à Fredonia, à environ 45 milles de Buffalo.

Une épidémie de fièvre typhoïde sévit en ce moment à Lancaster, Pa. Le bureau de santé attribue cette épidémie à la pollution du ruisseau Conestoga qui fournit l'eau à la ville.

L'Université de Göttengen a décerné le prix Artho-Valbo, pour la plus grande découverte scientifique durant ces deux dernières années, au professeur Röntgen. Ce prix est estimé à environ \$2,500.

Le gouvernement des Etats-Unis vient de porter la pension du Dr Mary Walker qui a rendu de si grands services dans la guerre civile, comme chirurgien et infirmière et qui est bien connue par le costume qu'elle porte, de \$5 à \$20 par mois.

D'après les derniers rapports, la peste diminue graduellement à Bombay.

La Société Médicale de San Diego, Californie, a élu cette année des femmes pour ses officiers. Madame Dr Nelson en est aujourd'hui la secrétaire.

57 médecins ont été élus membres de la chambre d'assemblée française aux dernières élections générales.

Les autorités du Rush Medical College ont décidé de ne plus admettre de femmes comme étudiants vu la trop grande affluence d'élèves.

Le Dr John Blair Gibbs est le premier chirurgien de l'armée Américaine qui soit tombé victime de la présente guerre. Il a été tué à Guatarramo le 11 juin dernier.

M. le Dr C. E. Rasconi est mort subitement, frappé en pleine santé par une hémorragie cérébrale. Cette mort est venue surprendre et attrister ses nombreux amis !

Malgré les mesures sévères adoptées pour arrêter les ravages de la peste, au-delà de 80,000 personnes ont été emportées par ce fléau dans la présidence de Bombay.

Les autorités médicales assurent qu'il y a plus d'aveugles en Espagne que dans n'importe quelle autre partie du monde. On croit même qu'au commencement de la guerre actuelle, toute la population était aveugle. Il y a heureusement de fortes raisons d'espérer que les opérations chirurgicales que les Etats-Unis ont entreprises lui rendra la vue.

Il y a actuellement en Russie onze laboratoires pour la préparation du sérum antidiphthérique dans lequel la population a à juste titre une grande confiance, puisque sur 41,631 cas de diphthérie traités par le sérum, la mortalité n'a été que de 14% pendant qu'elle a été de 81% sur le 6,507 où le sérum n'a pas été employé.

Paris est la ville des hôpitaux. Il y en a aujourd'hui 20 qui sont défrayés par le public. Ces hôpitaux possèdent 12,000 lits et reçoivent environ 110,000 malades annuellement. L'Assistance Publique dépense 36,000,000 de francs par année pour les institutions de bienfaisance qui assistent au-delà de 400,000 malheureux tous les ans.

---

## FORMULAIRE

### Application pour le pruritus ani.

Sodium hyposulphite .....	30 parties
Acide carbolique .....	5 —
Glycerine .....	20 —
Aq. distil.....	450 —

S.—En applications fréquentes.

Cocaine.....	2½ grains
Exts. Rhatanæ.....	15 —
Exts. Hamamelis.....	7½ —
Vaseline .....	} àà 150 grains
Lanoline .....	

### Mélange pour antiseptie intestinale.

Naphtol.....	3 grammes
Chloroforme.....	15 gouttes
Essence de menthe poivrée.....	5 —
Huile de ricin.....	100 grammes

S.—A prendre de temps en temps, par cuillerées à bouche, dans du vin de Porto, de la bière, ou du café sucré chaud. Chez les enfants cette préparation sera administrée par cuillerée à café.

### Mort auxcors.

Extr. cannabis indicus.....	1 partie
Salicylic acide.....	10 —
Ol. Terebenthine.....	5 —
Acide acetique glaciale.....	2 —
Cocaine.....	100 —

Appliquez une légère couche sur le cors chaque soir jusqu'à ce que vous puissiez l'extraire facilement avec l'ongle.

## Fétidité de l'haleine.

*La Revue Générale de Pharmacie et d'Hygiène* recommande le mélange suivant pour laver la bouche :

Saccharine.....	15	grains
Sodae Bicarb.....	15	—
Salicylic Acide.....	4	drachmes
Alcool.....	4	onces fluides

Quelques gouttes dans un verre d'eau.

## Crème de Bouzie pour limonade.

Ether ananthic.....	1	drachme
Teinture de céleri.....	30	gouttes
Teinture de beaume du Pérou.....	30	—
Ether amylic.....	2½	drachmes
Teinture de Vanille.....	3	onces
Jus de citron.....	32	—
Alcool.....	8	—
Sirop.....	1	gallon

Une des meilleures et des plus rafraichissantes limonades connues.

## Anesthésie locale.

Chloroforme.....	10	grammes
Ether sulfurique.....	15	—
Menthol.....	5	—

En pulvérisation sur la région à opérer. L'anesthésie dure de deux à trois minutes.

## Contre la constipation chez les tout petits enfants.

Podophyllin.....	5	centigr.
Cognac.....	5	grammes
Sirop de guimauve (ou sirop simple).....	195	—

S.—Une ou deux cuillerées à café tous les trois ou quatre jours. On peut augmenter ou diminuer la dose, suivant le cas.

*Podophyllin - 5 gr -  
Cognac 50 m.  
Sybr. 195 m.*