

présente un affolement caractéristique et les malades succombent subitement ou arrivent à l'asystolie terminale en quelques semaines, la cardiopathie ayant pour ainsi dire brûlé les étapes.

Le contraste de la gravité des accidents pulmonaires avec la bénignité des autres symptômes est saisissant; c'est à peine s'il existe un léger œdème des membres inférieurs; le foie est peu touché, etc.

A côté des cas où les accidents pulmonaires occupent la scène, il en est d'autres où ce sont les troubles de l'innervation cardiaque qui prédominent; il existe une tachycardie considérable, avec hypotension artérielle considérable, pouls petit, filiforme, avec cyanose. La syncope peut terminer brusquement cet état.

Les femmes gravides peuvent triompher de ces divers accidents; l'accouchement a été le signal d'une détente notable, lorsqu'au bout de quatre ou cinq jours éclatent des accidents asystoliques semblables de tous points à ceux que l'on observe chez les autres cardiaques, avec insuffisance tricuspidiennne, congestion hépatique et rénale. La mort subite termine les accidents post-gravidiques.

A l'autopsie, on trouve dans le myocarde des foyers d'apoplexie que Vaquez a constatés, après Cruveilhier.

Lorsqu'une femme atteinte de cardiopathie devient enceinte, on doit s'efforcer de prévenir les accidents gravido-cardiaques en lui imposant le *repos au lit* et le *régime lacté* plus ou moins absolu, à partir du 4^e ou du 5^e mois, c'est-à-dire du moment où les accidents apparaissent d'ordinaire. L'emploi des *purgatifs salins* à intervalles assez rapprochés est également indiqué. Si les urines diminuent de quantité on se trouvera bien de l'administration de la *théobromine* (2 à 5 grammes par jour).

Lorsque les accidents ont éclaté, ou bien on se trouve en présence de complications asystoliques analogues à celles que l'on rencontre en dehors de l'état de grossesse, et, dans ce cas, on aura recours à la *médication digitalique* en ayant soin seulement de fractionner les doses de digitale, parfois et concurremment à une *saignée* modérée, de 200 à 500 grammes; ou bien les accidents seront localisés à la sphère pulmonaire et, dans ce cas, on adoptera une ligne de conduite différente.

Si les accidents sont peu menaçants et ne consistent que dans une oppression modérée avec tendance à la congestion pulmonaire, accélération du pouls, on se bornera à maintenir la malade au repos au lit et au régime lacté; on fera des applications de *ventouses scarifiées*, on prescrira à l'intérieur la *théobromine* et la *poudre de Dover* (comme calmant) à doses fractionnées, on ajoutera à ces moyens les *inhalations d'oxygène*.

Si les accidents se répètent, deviennent de plus en plus menaçants et que le terme de l'accouchement se rapproche, on peut être amené à discuter l'opportunité de l'*accouchement prématuré artificiel*. Gusserow estime que cet accouchement n'épargne pas à la malade le travail de l'accouchement ni ses dangers et qu'il est préférable d'attendre l'accouchement spontané. D'autre part, même après plusieurs crises pulmonaires graves, l'accouchement peut se faire sans encombre. Néanmoins, Leyden et d'autres médecins pensent qu'il est nécessaire d'intervenir lorsque la femme, à partir du 6^e mois, a présenté des accidents répétés d'apoplexie pulmonaire, pendant un mois à six semaines.

Il est indiqué d'employer le *chloroforme* pendant le travail.

Quant à l'emploi de la digitale, légitime dans le cas d'asystolie banale sur-

venant au cours de la grossesse ou après l'accouchement, il est contre-indiqué dans le cas d'accidents limités au poumon (Potain).

Après l'accouchement, on évitera également la digitale et l'on se bornera à administrer la *morphine* en injection sous-cutanée d'un demi-centigramme, toutes les 5 ou 6 heures, pour combattre l'oppression. Si le cœur faiblit rapidement, on emploiera la *caféine*.

C. — Traitement de la période ultime.

On peut définir cette période, au point de vue thérapeutique, celle où la digitale n'agit plus; à partir de ce moment, les jours du malade sont comptés. On peut encore, cependant, les prolonger à l'aide d'un médicament dont l'action est vraiment remarquable: la *caféine*. Employée depuis longtemps dans les cardiopathies, mais à doses insuffisantes et exclusivement par la voie gastrique, la caféine n'a pris rang définitivement dans la thérapeutique des maladies du cœur que dans ces dernières années; M. Lépine, en montrant la nécessité d'avoir recours aux hautes doses (c'est-à-dire supérieures souvent à 0 gr. 50, et pouvant atteindre exceptionnellement 1 gramme), M. Huchard, en insistant sur la supériorité des injections hypodermiques, ont contribué à mettre en relief l'utilité de la caféine dans les périodes avancées des cardiopathies. La digitale agit d'autant moins que la cardiopathie est plus avancée et que le myocarde est plus altéré; au contraire, la caféine conserve ses propriétés de tonique du myocarde dans des cas où la digitale n'agit plus; c'est donc bien le médicament de la période ultime.

La caféine présente sur la digitale cet avantage qu'elle agit et qu'elle s'élimine plus rapidement et ne s'accumule pas dans l'organisme; qu'enfin les phénomènes d'intolérance sont très rares lorsqu'elle est administrée par la voie hypodermique: par contre, elle détermine une diurèse moins abondante.

Cette diurèse serait due à une action élective sur l'épithélium rénal; elle serait indépendante et du système nerveux et de l'augmentation de la pression artérielle (Schröder).

Voici la formule des solutions de caféine pour injections sous-cutanées:

Caféine	2 gr. 50
Benzoate de soude	5 grammes.
Eau distillée	q. s. pour 10 cc.

Faire la solution à chaud. Chaque seringue contient 25 centigrammes de caféine;

ou:

Salicylate de soude	5 grammes.
Caféine	4 —
Eau distillée	q. s. pour 10 cc.

Chaque seringue contient 40 centigrammes de caféine.

Il convient de ne pas dépasser la dose de 0 gr. 75 par jour car il peut survenir une excitation cérébrale intense avec des doses supérieures.

Si l'on ne peut recourir aux injections, dans les cas où l'œdème du tissu cel-