

Parmi ses défauts, ce recueil en a un que je ne songe pas à dissimuler : il manque d'uniformité. Il y a des articles un peu longs et quelque peu préparés, d'autres très courts et simplement improvisés ; quelques idées plusieurs fois exprimées dans ces causeries qui n'étaient pas d'abord destinées à la publicité. A propos d'une maladie, je n'ai pas cru devoir recommencer le même travail consistant à redire les mêmes choses, également redites par les livres didactiques.

Le praticien n'a que faire d'une érudition d'emprunt, d'une exhibition scientifique, de théories toujours renaissantes et sans aucune sanction pratique ; il ne veut pas se complaire dans l'œuvre fastidieuse et stérile de Pénélope édifiant aujourd'hui ce qui sera détruit demain ; il a besoin de savoir pour agir, non pour discourir. Il se désintéresse des leçons magistrales où la plus simple des questions est traitée en dix longues séances, alors qu'elle peut être épuisée en quelques heures, où du haut d'une chaire les professeurs terminent à peine en trois ou quatre années leurs cours de médecine théorique ; cours dignes d'un enseignement *supérieur* des sciences médicales, mais inutiles aux élèves comme aux praticiens, puisqu'ils ont tant de livres à lire, et que pour la clinique ou la thérapeutique ils ont un grand livre toujours ouvert, à l'hôpital ; cours d'une science consommée, d'une impeccable érudition, d'une allure très sérieuse et vraiment extraordinaire, avec cette uniformité qui a permis, paraît-il, de dire :

L'ennui naquit un jour de l'Université.

H. HUCHARD.

## CONSULTATIONS MÉDICALES

### I. — LA MÉTHODE EN THÉRAPEUTIQUE

- I. THÉRAPEUTIQUE PATHOGÉNIQUE. — Les dyspnées : toxico-alimentaire, urémique, cardio-hépatique, cardio-pulmonaire, cardiaque, cérébrale, d'origine pleurétique, par œdème aigu du poumon. — Médications, symptomatique, étiologique, pathogénique. — Collapsus cardiaque, embryocardie. — Maladies d'hypertension artérielle. — Fièvres des tuberculeux. — Dyspepsies : hyperchlorhydrique, hypochlorhydrique, accès pseudo-gastralgiques.
- II. THÉRAPEUTIQUE COMPENSATRICE. — Digitale dans la pneumonie. — Définition de la thérapeutique compensatrice. Médication cardiaque de la pneumonie. « La maladie de la fonction fait la maladie de l'organe. » — Thérapeutique préventive.
- III. THÉRAPEUTIQUE PHYSIOLOGIQUE. — Physiologie de l'homme sain et du malade.
- IV. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Définition. — Exemples.
- V. CONCLUSION. — Clinique et thérapeutique.

### I. — Thérapeutique pathogénique.

Aux nos 4, 7, 18 de la salle Chauffard, se trouvaient trois hommes de cinquante-trois, soixante-sept, soixante-deux ans, atteints de dyspnée. Celle-ci affectait le type de la dyspnée d'effort, *de Corvisart*, du nom de l'auteur qui, le premier, l'a bien décrite.

Cette oppression était telle, qu'elle empêchait complètement le sommeil et constituait presque le phénomène prédominant des accidents morbides. Chez l'un d'eux (n° 18), à crises dyspnéiques surtout nocturnes, il y avait peu d'albumine dans les urines, un léger souffle d'insuffisance mitrale. Chez les deux autres, pas la moindre trace d'albumine, pas de souffle au cœur ni de galop, mais arythmie cardiaque très accusée, surtout chez le second malade.



Tous trois sont athéromateux, et, pour des raisons inutiles à redire, le diagnostic de *cardiosclérose* a été par nous formellement admis.

Chez le premier malade (n° 4), on a vu se développer les signes d'hyposystolie avec œdème des membres inférieurs, congestion notable des deux bases pulmonaires. Celle-ci pouvait faire supposer à tort que la dyspnée était d'origine mécanique, qu'elle avait sa cause principale dans l'état hyposystolique du sujet, qu'elle était, en un mot, due à la stase sanguine siégeant à la base des deux poumons. Sans doute, cette dernière complication, légère du reste, pouvait ajouter sa note à l'élément dyspnéique, elle pouvait contribuer, dans une certaine mesure, à augmenter son intensité, à imprimer le type continu à une dyspnée d'essence paroxystique; mais elle ne devait pas en être regardée comme la cause principale. Entre autres, une preuve: la digitale, qui, en régularisant l'action du système circulatoire, tend à faire disparaître la stase sanguine du poumon et sa conséquence habituelle, la dyspnée, n'eut aucune influence sur cette dernière.

Chez les trois malades, au moyen d'une médication, simple en apparence, du régime lacté exclusif, les troubles respiratoires ont disparu en quelques jours, et cette disparition a été complète et définitive jusqu'au moment où des erreurs et des fautes d'alimentation l'ont fait reparaitre.

En effet, comme je l'ai démontré depuis l'année 1887 (1), il s'agissait ici d'une dyspnée d'origine alimentaire, *toxique* ou *ptomainique*, d'une dyspnée *toxi-alimentaire*, non urémique, comme tendent à le penser quelques auteurs. Dyspnée urémique bien singulière, en effet, qui ne s'accompagne jamais d'aucun symptôme urémique, qui disparaît

(1) La dyspnée cardiaque (*Rev. de clin. et de therap.*, 1887-1888). — La dyspnée toxique dans les cardiopathies artérielles (*Soc. de therap.*, 1889). — La dyspnée chez les cardiaques (*Sem. méd.*, 1890). — La dyspnée toxique dans les affections du cœur (*Soc. méd. des hôp.*, 1892). — *Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux* (1<sup>re</sup> édit., Paris, 1889; 2<sup>e</sup> édit., 1893; 3<sup>e</sup> édit., 1899-1901).

invariablement sous l'influence du régime lacté et reparait aussi invariablement dès que l'alimentation carnée est de nouveau reprise! Car, c'est cette alimentation qui, jetant dans l'organisme une grande quantité de ptomaines ou de toxines incomplètement éliminées par un filtre rénal insuffisant, devient la cause de ces accidents dyspnéiques. Aussi, peut-on les faire disparaître avec une rapidité et une sûreté presque mathématiques.

Pour le bon fonctionnement de l'organisme, *il faut qu'une porte soit ouverte et que l'autre reste fermée*. Il faut que le rein soit toujours ouvert pour la facile et complète élimination des toxines; il faut que le foie reste fermé, pour les arrêter ou les neutraliser. Le lait, dans ces cas de dyspnée toxique, agit sur le rein en provoquant par la diurèse la sortie des toxines, sur le foie dont il facilite le fonctionnement, sur l'intestin dont il favorise en partie, non pas l'antisepsie, mais l'asepsie, ce qui est préférable.

Nous sommes en présence d'un cardio-rénal, artérioscléreux encore, atteint d'insuffisance aortique avec albuminurie abondante. Il est entré dans la phase urémique, avec délire, diarrhée profuse, état dyspnéique caractérisé par la respiration de Cheyne-Stokes. Ici, la dyspnée est toxique également, mais elle appartient au genre des dyspnées urémiques. Par conséquent, la médication dirigée contre l'urémie doit avoir raison des troubles respiratoires.

J'ai laissé la diarrhée, j'ai même prescrit un purgatif énergique (25 grammes d'eau-de-vie allemande), pour provoquer une sorte de diurèse intestinale, des lavements froids pour activer les fonctions hépatiques, quelques antiseptiques intestinaux (benzonaphtol à la dose d'un gramme, trois fois par jour) pour diminuer d'autant l'intoxication intestinale, le régime lacté exclusif pour réduire au minimum l'abondance des toxines alimentaires introduites dans le tube digestif, une saignée générale pour sous-



traire au sang le plus possible de principes toxiques.

Sous l'influence de cette médication complexe, les accidents dyspnéiques se dissipèrent assez promptement, en même temps que disparurent les complications urémiques.

Ce malade était un cardio-rénal, mais il était plus rénal que cardiaque, et c'est en rétablissant les fonctions du rein, que nous avons triomphé de la dyspnée. Celle-ci, qui présente beaucoup d'analogie avec la précédente, mais qui ne doit pas être cliniquement confondue avec elle, était réellement *urémique*.

Je vous présente un malade atteint de cardiopathie valvulaire (insuffisance et rétrécissement mitral) : encore un dyspnéique. Il est en pleine asystolie, et la dyspnée est subcontinue, avec de rares crises paroxystiques. L'œdème des membres inférieurs est peu accentué, mais il y a une congestion assez intense des deux bases pulmonaires, et ce qui frappe l'attention, c'est la congestion énorme du foie, c'est encore l'existence de battements hépatiques, indice d'une insuffisance tricuspidiennne fonctionnelle. Ce malade fait de l'asystolie dans son foie, et cet organe dépurateur des poisons ne remplit plus qu'incomplètement ses fonctions.

Contre l'asystolie hépatique et la dyspnée qui en était la conséquence, il fallait instituer une médication hépatique. Dans ce but, j'ai prescrit des lavements froids, l'application de ventouses scarifiées sur la région du foie, l'administration de cachets cholagogues (benzoate, salicylate de soude et poudre de rhubarbe, de chaque 20 centigrammes, deux ou trois fois par jour), et d'un cachet purgatif composé de 50 centigrammes de calomel et de résine de scammonée.

Sous l'influence de cette médication, le foie a diminué de volume, les signes de congestion pulmonaire se sont atténués, et sans même prescrire de digitale, on vit disparaître la dilatation des cavités droites du cœur dont la cause

résidait, non seulement dans la lésion valvulaire, mais aussi dans l'état congestif du foie ; on vit disparaître encore les symptômes asystoliques et avec eux l'état dyspnéique.

Ce malade était un cardio-hépatique, plus hépatique que cardiaque, et c'est en nous adressant au trouble fonctionnel de son foie que nous avons eu raison de la dyspnée. Celle-ci était d'origine cardiaque, je le veux bien, mais elle était surtout de provenance hépatique, et ainsi, indirectement, de nature toxique. En un mot, il s'agissait d'une *dyspnée cardio-hépatique*.

Voici une malade atteinte, elle aussi, de cardiopathie valvulaire. Le foie est indemne, les reins paraissent assez bien fonctionner, il n'y a pas d'albumine dans les urines ; mais l'appareil pulmonaire est le siège d'une congestion intense, avec des râles sous-crépitaux jusqu'à la partie moyenne de la poitrine ; les membres inférieurs sont infiltrés par un œdème assez considérable ; le cœur, où nous avons constaté un léger roulement présystolique, bat faiblement, mollement ; le choc précordial est à peine senti...

Ici, dyspnée cardio-pulmonaire par rupture de compensation de la lésion cardiaque, par asystolie, mieux appelée « asthénie cardio-vasculaire ».

C'est donc la médication anti-asystolique qui a dû faire les frais de la thérapeutique. Alors, nous avons prescrit la digitale, et suivant nos principes, avant son administration, nous avons ordonné le repos, un purgatif, le laitage pendant plusieurs jours ; puis, après avoir ainsi ouvert les voies à la digitale, c'est-à-dire après avoir favorisé la réceptivité médicamenteuse, nous avons administré le remède à dose massive en une seule fois et pendant un seul jour (50 gouttes de la solution de digitaline cristallisée au millième, c'est-à-dire 1 milligramme de digitaline cristallisée).

Une diurèse abondante survint, l'œdème des membres inférieurs disparut, les battements du cœur se régularisèrent et devinrent plus forts, les symptômes congestifs du



poumon s'amendèrent, et avec eux cette dyspnée subcontinue, d'origine *cardio-pulmonaire*.

Vous voyez cette malade du n° 8 de la salle des femmes. Les lèvres cyanosées et bleuâtres, la face d'un rouge sombre, elle se tient sur son séant en proie à une anxiété respiratoire des plus grandes. Depuis quelques jours, elle est atteinte de cette dyspnée, et à la voir ainsi, avec un pouls petit et misérable, avec cette respiration haletante, avec ces phénomènes de cyanose et de refroidissement des extrémités, vous avez fait un pronostic grave et d'autant plus grave que je vous apprenais que chez cette malade la digitale et tous les toniques du cœur ont toujours été inefficaces. Car je la connaissais de longue date, et dans les thèses de mes élèves, de Thierry sur « la saignée dans les maladies du cœur et de l'aorte » (1887), de Courtade sur « l'emploi de la digitale » (1888), vous lirez la description des mêmes accidents. A cette époque, comme aujourd'hui, les mêmes phénomènes, plus graves encore, reconnaissaient pour cause un cœur gras chez une femme obèse, et comme aujourd'hui, une dilatation rapide des cavités cardiaques sous l'effort et l'accumulation du liquide sanguin. Vous lirez qu'alors plusieurs larges saignées de 400 à 500 grammes firent disparaître, et la dyspnée et la cyanose. De même, une saignée de 400 grammes produisit, cette fois encore, des effets remarquables et conjura un péril imminent. Mais aujourd'hui la scène morbide s'est compliquée d'une lésion hépatique : le foie est gros, dur, sclérosé, sujet à des augmentations de volume et à des congestions rapides qui retentissent sur les cavités droites du cœur et qui contribuent pour une grande part à produire leur dilatation.

Voyez l'action différente de la saignée dans les divers cas. Tout à l'heure, dans la dyspnée *toxique*, elle agissait par la soustraction d'un liquide sanguin plus ou moins adulté ; ici, dans cette dyspnée cardiaque *mécanique*,

elle a agi autrement, par la soustraction du sang, dont l'accumulation dans les cavités du cœur était capable de gêner et de paralyser ses mouvements et ses contractions. La dyspnée rappelait assez bien les accidents pulmonaires formidables (gravido-cardiaques) qui surviennent chez les cardiopathes au milieu de leur grossesse et qui sont promptement réprimés par une large saignée ; elle avait son siège dans le cœur qui s'était promptement dilaté : *dyspnée cardiaque*.

Au n° 10 de la salle des hommes, voici un athéromateux, âgé d'une soixantaine d'années, avec des varices considérables des membres inférieurs, ce qui montre une fois de plus que l'altération des vaisseaux n'est pas limitée aux artères, mais qu'elle s'étend aux veines et se généralise à tout l'appareil vasculaire, ce qui prouve qu'il s'agit, non d'une artériosclérose, mais d'une angiosclérose.

Cet homme est atteint d'aortite chronique avec dilatation de l'aorte (élévation de la sous-clavière droite, battements très accentués des artères du cou, surtout à droite). Tout à coup, d'une façon paroxystique et sans cause, un accès de dyspnée d'une violence extrême survient périodiquement tous les soirs, presque à la même heure, et ne cesse ou ne s'atténue qu'après une injection de morphine. Ici, rien en apparence pour l'expliquer : le cœur bat normalement, les poumons sont indemnes, les reins et le foie fonctionnent régulièrement ; le régime lacté est sans action, la digitale sans efficacité, la saignée contre-indiquée chez cet homme pâle et atteint d'anémie cérébrale. Qu'est-ce à dire ? Il ne s'agit pas ici d'un cardiaque, mais d'un vasculaire, et j'estime que parfois certains pseudo-asthmes aortiques sont d'origine bulbaire. Car, cette forme de dyspnée est plus rare dans les insuffisances aortiques endocardiques que dans les insuffisances d'origine endartérienne, où la lésion vasculaire n'est pas seulement limitée à la crosse de l'aorte, mais peut atteindre les vaisseaux de l'encé-



phale et du bulbe. Donc, cette dyspnée est *cérébrale*, comme cérébrale la respiration de Cheyne-Stokes que l'on aurait tort de regarder toujours comme d'essence urémique.

Pour atténuer cette dyspnée, — non pour la faire disparaître toujours, — il n'y a pas de meilleur moyen que la morphine en injections sous-cutanées, et cela malgré l'assertion contraire de Traube et de Bernheim qui lui ont attribué à tort l'inconvénient de provoquer ou d'augmenter cet état dyspnéique. Dans ce fait, le pronostic est grave, puisqu'il s'agit d'une *dyspnée cérébrale*.

La démonstration de tous ces faits, je la trouve dans l'histoire d'un homme de quarante-cinq ans observé en ville. Il y a un an, ce malade, atteint d'aortite chronique avec dilatation de l'aorte et insuffisance aortique artérielle, venait me consulter pour une dyspnée d'effort existant depuis quelques mois. Cette dyspnée était d'origine *toxico-alimentaire*. J'en ai eu la preuve dans sa disparition rapide par l'emploi du régime lacté absolu. Pendant six mois, la situation est restée des plus satisfaisantes; mais ce malade se remit à fumer, à manger de la viande, à surmener son cœur et ses vaisseaux. Je constatai, il y a environ un mois, les signes d'un épanchement pleural gauche avec frottements du côté opposé, et aussi ceux d'une congestion passive des deux bases pulmonaires (*dyspnée mécanique et cardiaque*). Un jour, subitement, la dyspnée, qui avait pris peu à peu le caractère de Cheyne-Stokes, devient menaçante (*dyspnée cérébrale*). Puis, rapidement, en une nuit, l'épanchement avait augmenté, le pouls était devenu faible, les contractions du cœur à peine appréciables, il y avait des accès de suffocation, et le péril était imminent. Alors, je pratiquai la thoracentèse qui donna issue à 1600 grammes d'un liquide franchement hémorragique. La thoracentèse, ici opportunément pratiquée, a contribué à faire disparaître chez ce cardio-artériel une dyspnée d'origine *pleurétique*.

Sans doute, les épanchements pleuraux de diverse nature,

surtout de nature séro-fibrineuse, sont fréquents chez les cardiaques (1); ils se montrent plus souvent à droite, comme je l'ai remarqué depuis longtemps; mais j'ai tenu à appeler l'attention sur la fréquence relative, chez les cardio-artériels, des épanchements hémorragiques dus à la présence de néomembranes qui, par leur rupture, peuvent donner lieu rapidement à une sorte d'inondation sanguine de la plèvre. Il faut être prévenu de ces accidents pour agir rapidement, comme je l'ai fait. Mais, si cette thoracentèse hâtive a bien pu faire disparaître les accès menaçants d'oppression, elle a laissé subsister la respiration de Cheyne-Stokes, contre laquelle le régime lacté, la digitale et tous les toniques du cœur ont été également impuissants. Le malade finit par succomber, après avoir offert, dans l'espace d'un mois, plusieurs genres de dyspnée — dyspnées toxique, cardiaque, mécanique, cérébrale — pour lesquelles l'indication thérapeutique a été différente.

Dire que tous les pseudo-asthmes aortiques sont d'origine bulbaire, serait commettre une grande exagération ou une grave erreur. Car, chez les aortiques avec dilatation ou anévrysme de l'aorte, en outre des dyspnées *toxiques* ou *urémiques* par insuffisance rénale, et des dyspnées *cardiaques* par dilatation des cavités du cœur, il y a des dyspnées *mécaniques* par compression des voies aériennes, parfois des dyspnées *nerveuses* par compression ou altération consécutive des nerfs vagues, des dyspnées *organiques* par emphysème pulmonaire assez fréquent chez ces malades; il y a encore, comme je l'ai démontré dès 1890, à la Société médicale des hôpitaux, un autre genre de dyspnée qui survient brusquement, qui peut emporter les malades en quelques jours, en quelques heures, parfois en quelques minutes, et qui est due à la production rapide,

(1) Mon élève, le D<sup>r</sup> ROBERT, a consacré sa thèse inaugurale à l'étude des « manifestations pleurales dans le cours des maladies du cœur » (Paris, 1897).



parfois foudroyante, d'un *œdème suraigu du poumon*. Celui-ci s'observe également dans le cours de la néphrite interstitielle, comme Bouveret (de Lyon) en a cité des exemples : il est caractérisé par une dyspnée excessive avec menace d'asphyxie, par une expectoration albumineuse ou d'apparence saumonée, parfois abondante et analogue à celle qui est consécutive à certaines thoracentes trop copieuses, par des râles crépitants extrêmement fins qui envahissent promptement les deux poumons.

Contre cette complication redoutable et souvent méconnue, la thérapeutique n'est pas absolument désarmée, et l'on obtient des guérisons presque inespérées par l'emploi de larges saignées.

— En citant tous ces faits, qu'ai-je voulu prouver ?

Je vous ai mis en présence d'un même symptôme, la dyspnée, contre laquelle, suivant les cas, le régime lacté, la saignée, la digitale, la morphine, etc., ont agi favorablement. Ici, la dyspnée était toxique ou urémique ; là, mécanique ; plus loin, cardiaque, cardio-pulmonaire, cardio-hépatique, cardio-rénale ; plus loin encore, elle était cérébrale.

Lorsqu'en thérapeutique, on prend un symptôme pour le combattre, on fait simplement de la médication *symptomatique*, et ce n'est pas suffisant. Lorsqu'on s'attaque à la cause pour en faire disparaître l'effet, on réussit parfois dans cette thérapeutique *étiologique*, et ce n'est pas assez. Nous avons fait plus encore : nous avons étudié un symptôme, nous en avons cherché la cause et nous en avons scruté le mode de production ; nous avons établi, en un mot, la physiologie de cette cause, et ensuite nous avons institué une médication *pathogénique* ; nous avons obéi à l'indication thérapeutique, c'est-à-dire à la notion de l'opportunité médicamenteuse. Nous sommes enfin arrivé à cette conclusion : il n'y a pas un médicament, mais une médication antidyspnéique.

Par la même occasion, j'ai démontré l'importance, au double point de vue du diagnostic et du traitement, de l'élément dyspnéique dans les affections cardio-aortiques, importance bien supérieure à celle des palpitations qui ne constituent pas, comme on le croit, le symptôme habituel et presque obligé des cardiopathies. Mais, si j'ai réuni dans ce rapide exposé les dyspnées aortiques et cardiaques, ce n'est pas parce que je confonds les unes et les autres. C'est même pour éviter cette regrettable confusion que j'ai cité tous ces faits. Quand je parlerai des cardiopathies artérielles, et surtout de ces cardiopathies à type valvulaire avec souffle mitral, par exemple, j'en montrerai dans lesquelles l'élément dyspnéique peut être, tour à tour, soit d'*origine cardiaque* par asystolie et doit être traité par la digitale, soit d'*origine aortique* et doit être combattu par le régime lacté exclusif.

Cette manière d'envisager la question de la dyspnée chez les cardiaques me paraît bien plus intéressante, plus féconde en résultats que celle qui consiste à imaginer, pour expliquer la dyspnée cardiaque, une sorte de « rigidité avec turgescence pulmonaire » admise par Basch (de Vienne). Cette notion très hypothétique n'a aucune portée pratique.

— Poursuivons cette étude.

Vous avez vu cette femme de vingt-trois ans, atteinte de tuberculose à la dernière période. Un matin, nous la trouvons dans son lit en état de mort apparente : le visage est pâle, livide, cyanique, couvert d'une sueur froide ; les extrémités sont algides ; incapable de faire un mouvement, dans un état de prostration extrême, elle respire à peine ; le pouls, presque insensible, est fréquent, misérable, incomptable ; les battements du cœur sont précipités, ondulants, comme s'il s'agissait de battements d'ailes d'oiseau (*flutterings* des Anglais). A l'auscultation, les bruits du cœur sont faibles, rapides, semblables par le timbre, séparés par deux petits silences égaux en durée ; en un mot, ils réalisent l'apparence de mouvements pendulaires, du « rythme foetal des



bruits du cœur » signalé par Stokes, que j'ai étudié et décrit sous le nom d'*embryocardie*. Rappelez-vous les trois caractères de ce syndrome : 1° accélération des battements du cœur, ou tachycardie ; 2° similitude de timbre et d'intensité des deux bruits ; 3° égalisation en durée des deux silences. Pour que le syndrome existe, la réunion simultanée de ces trois phénomènes est indispensable ; lorsque l'un d'eux est absent, il s'agit alors d'une fausse embryocardie.

Cet état embryocardique des battements du cœur n'était pas le seul symptôme observé ; il y avait encore du refroidissement des extrémités, de la cyanose, une sorte d'inertie musculaire invincible. — N'est-ce pas là le tableau symptomatique des accidents que Wunderlich d'abord, Griesinger ensuite, ont désignés sous le nom de collapsus ? On les voit subitement survenir dans le cours des maladies infectieuses, surtout de la fièvre typhoïde, à la suite des diarrhées colliquatives, des hémorragies abondantes, des perforations des séreuses, même après certaines réfrigérations provoquées dans un but thérapeutique. Mais, jusqu'ici on n'avait pas su pénétrer le mécanisme intime de ce syndrome, vraiment solennel par sa subite apparition et par le caractère de haute gravité qu'il comporte. « Le collapsus — dit Griesinger — tient essentiellement à la faiblesse du cœur, à la vacuité relative des artères, à la réplétion des veines, au ralentissement de la circulation, au défaut d'oxydation du sang... », et il ajoute : « en partie à des causes inconnues ».

Depuis nos recherches sur l'état de la tension artérielle dans les maladies (1885), nous connaissons cette cause. Elle ne réside pas seulement, comme le croyaient Wunderlich et Griesinger, dans la dégénérescence de la fibre musculaire du cœur, ce qui ne se comprendrait pas dans tous les états de collapsus consécutifs aux perforations des séreuses, car alors cette dégénérescence cardiaque n'aurait pu se produire en quelques instants. Le collapsus, dont l'*embryocardie* est le phénomène prédominant et producteur, n'est pas seule-

ment dû à l'adynamie cardiaque, mais aussi à l'affaiblissement considérable de la tension artérielle, et si cet accident est plus fréquent dans la fièvre typhoïde que dans d'autres affections, c'est parce que la dothiéntérie est une maladie d'hypotension artérielle, ce qui veut dire qu'elle est caractérisée par un abaissement plus ou moins considérable de la pression vasculaire. Donc, lorsque vous voyez survenir rapidement, ou même lentement, des accidents caractérisés par une dépression énorme des forces, par l'affaiblissement extrême et la précipitation des battements du cœur qui prennent le rythme fœtal, par la cyanose ou la pâleur livide de la face, par des congestions viscérales, par le refroidissement des extrémités coïncidant souvent avec une température centrale très basse ou très élevée (*collapsus algide* ou *hyperpyrétique*), dites-vous bien que l'indication thérapeutique consiste à augmenter l'énergie défaillante des contractions cardiaques, et surtout à relever la tension artérielle très abaissée.

Chez notre malade atteinte de tuberculose au troisième degré, le cœur était sans doute petit et atrophié, comme cela existe chez presque tous les phtisiques ; il avait été atteint subitement d'impuissance contractile ; la tension artérielle était tombée à son minimum, et c'est pour ces raisons que nous avons prescrit quatre à six injections de caféine (renfermant 20 centigrammes de caféine par injection), et autant d'injections d'ergotiné et d'éther. Cette médication a été continuée pendant plusieurs jours, parce que la malade a présenté encore plusieurs crises embryocardiques, et aujourd'hui, si cette femme doit succomber dans un bref délai à son affection pulmonaire, elle a été certainement délivrée d'un péril qui menaçait ses jours d'un moment à l'autre.

Qu'avons-nous fait en pareille circonstance ?

Nous avons institué — comme tout à l'heure pour les dyspnées cardiaques — une médication pathogénique ; nous avons observé un syndrome, nous en avons découvert le