

pas, ce n'est presque jamais la douleur, c'est la syncope, c'est l'ischémie cardiaque; et ce qui prépare et consomme cette dernière, c'est la lésion vasculaire, c'est encore le spasme des vaisseaux coronaires, c'est enfin l'état de constriction et d'hypertension artérielles. Pour ces raisons, je condamne absolument l'emploi de la cocaïne et des inhalations de chloroforme qui peuvent exposer à la syncope, de l'ergot de seigle et parfois de la digitale et même du strophanthus, capables de surélever la tension artérielle en exagérant encore l'état spasmodique des vaisseaux. C'est pour cela, et pour d'autres causes encore, que les bromures dont on abuse, le chloral, le sulfonal, la paralaldéhyde, l'antipyrine, la belladone, l'électricité, la médication anti-urémique, sont des moyens irrationnels.

En nous appuyant sur la nature artérielle de l'angine de poitrine et sur la pathogénie exacte de la douleur, nous sommes arrivé à établir la thérapeutique de cette maladie si grave, par l'emploi de la médication iodurée, autrefois recommandée par Bouillaud contre les affections aortiques et artérielles. Elle agit sur les parois artérielles qu'elle modifie et sur l'hypertension vasculaire qu'elle diminue, fait démontré par nos recherches expérimentales. Quant à la douleur, elle cède bien mieux à l'usage des médicaments qui, comme le nitrite d'amyle et la trinitrine, dilatent les vaisseaux et atténuent leur tension, qu'à celui de toutes les substances narcotiques ou analgésiques.

Ainsi donc, la notion pathogénique exacte de la maladie angineuse et de sa douleur a pu aboutir, entre nos mains, à une médication rationnelle de ce syndrome, et réduire la mortalité d'une affection regardée jusqu'alors comme absolument incurable.

## II. — Thérapeutique compensatrice.

J'ai montré trois symptômes : la dyspnée chez des cardiaques, la fièvre chez les tuberculeux, les douleurs gas-

triques chez deux dyspeptiques. Nous ne les avons traités ni par la digitale, ni toujours par la quinine, ni par la morphine, mais par des moyens divers en rapport avec la notion pathogénique. Ces exemples choisis à dessein m'amènent à indiquer la méthode qui a été adoptée pour instituer ces diverses médications.

En thérapeutique, prendre un symptôme pour le combattre, c'est faire seulement de la médication *symptomatique*, et lorsque dans une maladie nous combattons l'insomnie par les hypnotiques, la constipation par les laxatifs, la diarrhée par les astringents, la dyspnée des asthmatiques ou des cardiaques par la morphine, nous ne faisons pas autre chose; nous pouvons supprimer pour quelque temps un symptôme, mais nous n'en écartons pas la cause, et souvent alors notre thérapeutique n'obéit qu'à l'empirisme le plus élémentaire.

Il ne suffit pas de constater un symptôme et de le combattre, on ne doit pas seulement chercher la cause (thérapeutique *étiologique*), il faut encore étudier le mode de production de cette cause, sa physiologie en quelque sorte. C'est ainsi que nous avons fait de la médication *pathogénique* chez nos scléreux et nos dyspeptiques : thérapeutique de l'avenir, dont a voulu s'inspirer une de mes leçons de l'hôpital Bichat (1).

Malheureusement, la thérapeutique pathogénique qui nous permet, suivant les cas, de combattre la dyspnée, dans les maladies du cœur, tantôt par la digitale, tantôt par le régime lacté qui nous enseigne la guérison des douleurs gastriques par les alcalins ou par l'acide chlorhydrique, cette thérapeutique n'est pas applicable à tous les cas, comme deux exemples vont le démontrer.

— Vous avez vu ces deux malades, couchés l'un au n° 12, l'autre au n° 27 de la salle Chauffard. Tous deux, ils étaient

(1) Leçons de l'hôpital Bichat sur la thérapeutique pathogénique (*Rev. de clin. et de thérap.*, 1891).

atteints d'une pneumonie extrêmement grave, et chez le premier les lésions très étendues existaient des deux côtés. Température très élevée (à 39°,8 et 40°,7), langue sèche et fuligineuse, prostration considérable des forces, tout contribuait à assombrir le pronostic. Chez ces deux malades, les battements du cœur étaient accélérés, le choc précordial semblait assez fort et vigoureux, la fibre cardiaque ne paraissait pas atteinte, et cependant, dès le début, nous avons prescrit pendant un jour une dose massive de digitale cristallisée (1 milligramme), pour la renouveler quelques jours après. Nos malades ont guéri, un peu contre toute attente.

Sans doute, vous aurez des revers, et nous ne publions pas que des succès; mais, comme nous ne pouvons rien, absolument rien contre le processus pneumonique et contre le microbe, comme nous n'en sommes plus à recommander les expectorants, le kermès, l'antimoine, le tartre stibié qui ont pour effet d'affaiblir le malade, ni la saignée à outrance qui déprime les forces, ni les vésicatoires dont la principale indication consiste à n'être jamais indiqués dans les maladies infectieuses, nous sommes bien obligés de faire autre chose.

Or, dans le cours d'une pneumonie, il est un organe qui est appelé à soutenir la lutte contre l'énorme embarras circulatoire du poumon; cet organe, c'est le cœur. Ce qui m'a fait dire : *la maladie est au poumon, le danger au cœur.*

Sans doute, la pneumonie étant une maladie infectieuse et par conséquent générale, on peut dire que le danger est partout, dans l'organisme tout entier. De là donc à prescrire les bains froids dans la pneumonie comme dans toute maladie infectieuse, il n'y a qu'un pas, et ce pas a déjà été franchi depuis longtemps. Aussi, nous baignons sans crainte nos pneumoniques, parce que les bains froids remplissent un grand nombre d'indications dans la pneumonie comme dans la fièvre typhoïde, parce qu'ils activent la diurèse, parce qu'ils

abaissent la température, parce qu'ils refrènent l'excitation nerveuse, parce qu'ils tonifient l'organisme, parce qu'ils élèvent la tension artérielle et soutiennent le cœur, enfin, parce qu'en augmentant la production des leucocytes, ils favorisent sans doute le travail utile de la phagocytose, comme un auteur américain, Billings, paraît l'avoir démontré.

Mais cela ne veut pas dire que les médications systématiques doivent nous faire méconnaître les dangers des complications souvent inhérentes aux maladies. Or, dans la pneumonie, qu'arrive-t-il le plus souvent? Le cœur, impassible dès les premiers jours, ne tarde pas à précipiter et à accentuer ses battements; la systole est vigoureuse, le pouls parfois vibrant, et l'on s'appuie souvent, sur ces caractères comme je le disais naguère (1), pour croire inutile toute intervention cardiaque. On ne s'aperçoit pas que le cœur se contracte violemment pour lutter et parce qu'il lutte, et que, bientôt épuisé, il se relèvera mal; on ne s'aperçoit pas que cette force apparente de l'organe est déjà un indice, une cause prochaine de sa faiblesse. En effet, après cette période d'excitation, le myocarde faiblit, et c'est à ce moment seulement que l'on songe à donner de la digitale, quand elle ne peut plus rien sur un organe dont la contractilité est presque épuisée, et quand elle est devenue incapable de favoriser cette diurèse bienfaisante pour la dépuraison de l'organisme. Voilà les raisons pour lesquelles la digitale doit être prescrite de bonne heure, au début même de la pneumonie, comme Duclos (de Tours) semble l'avoir compris dès 1856 (2); non pas pour combattre le processus fébrile, comme le pensaient Traube et Hirtz (de Strasbourg), non pas pour « juguler » la maladie, comme Pétersco (de Bucarest) l'affirme, mais pour donner au cœur une force de réserve dont il aura besoin pour lutter.

C'est là une thérapeutique à laquelle je donne le nom de

(1) Traitement de la pneumonie grippale (*Soc. de thérap.*, 1892).

(2) Duclos, *Digitale dans la pneumonie aiguë*, 1856.

*compensatrice* et que je formule ainsi : Quand un organe est malade, il faut faire agir les organes sains et compensateurs. Je m'explique.

Vous êtes en présence d'un ictère grave. Les accidents deviennent de plus en plus sérieux, l'adynamie est profonde, les hémorragies menaçantes, le péril imminent, quand se produit une forte crise urinaire qui sauve le patient. Que nous enseigne la clinique dans ce cas ? Elle nous montre que ce n'est pas du côté du foie, c'est-à-dire du côté de l'organe malade et désormais impuissant, que l'on peut et que l'on doit agir, mais surtout du côté de son organe compensateur, du filtre rénal qui sert à éliminer toutes les toxines que la cellule hépatique profondément altérée ne peut plus ni neutraliser ni détruire. Vous exécutez ainsi, en thérapeutique, une sorte de mouvement tournant, et les mouvements tournants assurent parfois la victoire.

Ainsi, dans une maladie d'organe plus ou moins altéré, songez à son organe compensateur : au rein pour le cœur et réciproquement ; au rein pour le foie ; au cœur pour les maladies aiguës du poumon.

Cette médication cardiaque de la pneumonie soulève, je le sais, quelques objections et surtout celle-ci : « Pourquoi s'adresser au cœur, puisqu'il n'est pas malade ? » Je réponds que, s'il était profondément lésé, j'aurais moins d'action sur lui.

— La thérapeutique *compensatrice* s'inspire d'un principe de pathologie générale qu'il importe d'exposer.

Il est temps de s'affranchir de cette doctrine tyrannique qui, faisant dépendre toujours la maladie de la lésion, a paralysé pendant de trop longues années notre action thérapeutique. J'aime à rappeler que depuis 1884 je cherche à faire prévaloir cette idée : Les lésions de l'artériosclérose sont précédées par une phase de troubles fonctionnels consistant dans un état plus ou moins accusé d'hypertension vasculaire. A cette période de pré-sclérose, les lésions

n'existent pas encore, et la thérapeutique, réellement efficace alors, a pour but de combattre cette sorte de surmenage artériel. Je sais bien que l'on m'a objecté — sans me fournir jamais aucune preuve — que l'hypertension artérielle est déjà l'indice et l'œuvre de lésions vasculaires encore latentes. Nous vivons toujours dans un temps où l'on ne peut pas concevoir une maladie sans lésion, et cette objection que l'on m'oppose sans cesse est bien naturelle, puisqu'elle traduit un état habituel d'opinion, et qu'il est toujours difficile ou périlleux de remonter un courant.

Mais je pense, avec Grasset (de Montpellier), qu'il n'est pas possible de définir la maladie par la lésion, et que « le microbe n'est pas plus la maladie infectieuse que le froid et le traumatisme ne sont la maladie *a frigore* ou la maladie chirurgicale ». Le principe de la maladie n'est pas dans le microbe, puisque celui-ci peut produire des affections différentes, puisqu'il reste longtemps inerte comme le pneumocoque dans la cavité buccale, et qu'il n'est doué de propriétés pathogènes qu'avec le « consentement, la connivence, la complicité » de l'organisme. Donc, en thérapeutique, les substances bactéricides sont insuffisantes ; il faut songer à modérer l'état « bactéricole » de l'organisme, suivant l'expression de Grasset, à accroître sa résistance, à modifier le terrain, à rendre infécond le milieu de culture. Vieille médecine, direz-vous ? Mais, cela prouve la vérité de cette profonde parole d'Hufeland : « Les systèmes sont périssables ; l'art, éternel. » Ce qui ne change pas, ce qui est « éternel », c'est la clinique.

Je suis de ceux qui estiment avec A. Robin, que « si la fonction fait l'organe, c'est la maladie de la fonction qui fait la lésion de l'organe ». Le fait a été démontré au sujet de ces albuminuries phosphaturiques, qui commencent par un trouble de nutrition pour aboutir à une lésion brightique. Je crois encore, que « si l'on veut prévenir la lésion, si souvent incurable, c'est la *maladie fonctionnelle* qu'il faut d'abord chercher à reconnaître, parce qu'elle est

encore justiciable de la thérapeutique ». Les exemples ne manquent pas.

La notion de l'hypertension artérielle nous donne la thérapeutique *préventive* de l'artériosclérose, et c'est pendant la phase dynamique de cette hypertension qu'il convient surtout d'agir, non à la période des lésions souvent incurables.

En nous appuyant sur la pathogénie de certains ulcères de l'estomac, nous avons appris que le traitement de l'hyperchlorhydrie par les alcalins à haute dose est capable d'empêcher le développement de certaines ectasies gastriques et de l'ulcus rotundum.

En résumé, avant d'être une lésion de la muqueuse gastrique, l'ulcère de l'estomac commence parfois par un trouble sécrétoire ; avant d'être une lésion du système artériel, l'artério sclérose a débuté par l'hypertension vasculaire, par de simples troubles de l'innervation vaso-motrice ; avant d'être une lésion brightique, l'albuminurie phosphaturique a été un trouble de la nutrition. Dans ces trois cas, la maladie de la fonction a précédé et produit la maladie de l'organe.

Cette doctrine, dont je suis depuis longtemps un partisan convaincu, qui n'attend pas les lésions pour les combattre ensuite avec l'insuccès que l'on sait, mais qui cherche à les prévenir en s'appuyant sur la médication pathogénique, cette doctrine devient la base de la thérapeutique *préventive*. Mais, il ne faut pas oublier que les maladies fonctionnelles sont le plus souvent sous la dépendance du système nerveux, ce régulateur des actes vitaux, comme il en devient le perturbateur dans les principales manifestations pathologiques. C'est lui qu'il faudrait atteindre, quand il altère la sécrétion gastrique, lorsqu'il surexcite l'innervation vaso-motrice, lorsqu'il trouble et pervertit le fonctionnement intime de la cellule.

### III. — Thérapeutique physiologique.

Nous connaissons la thérapeutique symptomatique, étiologique, pathogénique, compensatrice, préventive... Laissons l'empirisme qui a fait son temps et qui doit être toujours remplacé par la thérapeutique *physiologique*.

A ce dernier point de vue, il faut s'entendre. Cette thérapeutique consiste surtout dans l'action physiologique des médications sur l'homme malade, mais non pas toujours dans l'action physiologique des médicaments sur les animaux ou sur l'homme sain. Plusieurs exemples vont faire comprendre l'importance de cette distinction.

On a émis cette idée, que l'iodure de sodium n'a pas toutes les propriétés toxiques et physiologiques de l'iodure de potassium. A cela, je n'ai rien à dire. Depuis longtemps la clinique, sans le secours de la physiologie, nous avait mis en garde contre la toxicité des sels de potassium, et c'est pour ce motif, c'est pour ne pas intoxiquer à la longue nos malades, que nous avons substitué, avec juste raison, l'iodure de sodium à l'iodure de potassium dans le traitement de toutes les affections artérielles. L'iodure de potassium est toxique, et l'iodure de sodium l'est peu ; la chose est entendue. Mais je ne sais pas qu'on doive toujours mesurer l'activité thérapeutique d'un médicament à son pouvoir toxique. A ce compte, le chlorure de potassium devrait être préféré au chlorure de sodium.

On a été jusqu'à prononcer, au nom de la physiologie, cette hérésie thérapeutique : l'iodure de sodium est un médicament presque inerte!... Or, il faut toujours répondre aux hérésies, parce qu'elles font souvent leur chemin, bien plus que les vérités scientifiques les mieux démontrées. A ce sujet, il n'est pas inutile d'élargir un peu le débat, en traitant cette question au point de vue général.

Les physiologistes ont commis une première erreur, en pensant que les iodures de sodium et de potassium agis-

sent seulement à titre d'iodures; il est plus juste de dire qu'ils agissent comme *iodiques*, c'est-à-dire par l'iode qu'ils contiennent; il n'est pas inutile de rappeler que, les premiers en France, Éloy et moi (1883), nous avons fait des expériences sur les animaux et sur l'*homme malade*. Ces expériences *physiologiques* appuyées sur les observations *cliniques* (deux choses qu'il ne faut jamais séparer) ont démontré que la principale action des iodiques et leurs meilleurs effets thérapeutiques résident dans l'abaissement de la tension artérielle. J'ajoute que, comme médicament *iodique*, l'iodure de sodium est préférable, puisqu'il renferme des quantités d'iode, non seulement égales, mais supérieures à l'iodure de potassium. C'est peut-être par les propriétés spéciales des iodiques sur la tension artérielle, que ces médicaments parviennent à agir à la longue sur les parois vasculaires dont ils modifient heureusement la structure ou même les lésions, au point de pouvoir résoudre à leur début les scléroses artérielles et guérir des anévrysmes aortiques. A ce sujet, les physiologistes ne peuvent assimiler leurs expériences éphémères, qui expliquent seulement certains phénomènes, à l'observation clinique qui peut s'exercer pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années et qui, seule, est capable de rendre compte de certaines actions thérapeutiques à longue échéance.

Les physiologistes se trompent lorsqu'ils prétendent dicter à la clinique leurs arrêts, et je crois utile de leur rappeler à ce sujet les paroles de Claude Bernard : « Il ne faut pas subordonner la pathologie à la physiologie. C'est l'inverse qu'il faut faire. Il faut poser d'abord le problème médical tel qu'il est donné par l'observation de la maladie, puis chercher à fournir l'explication physiologique. Agir autrement, ce serait s'exposer à perdre de vue et à défigurer la maladie. » Claude Bernard était plus clinicien que Gubler, lorsque celui-ci disait : « L'action physiologique des médicaments étant parfaitement connue, la thérapeutique ne sera plus qu'un corollaire de la physiologie. »

On s'exposerait à l'erreur en concluant toujours par des expériences de l'animal à l'homme, et non de l'homme sain à l'homme malade. Nous savons que l'action physiologique d'un médicament est différente pour le même agent, suivant les différents animaux. Ainsi, la grenouille rousse possède d'autres réactions physiologiques que la grenouille verte, certains animaux sont absolument réfractaires à quelques poisons, comme à la belladone, par exemple, tandis que l'homme est extrêmement sensible à ce dernier médicament. Eh bien, au point de vue des réactions physiologiques et thérapeutiques, il y a autant de différence entre l'homme sain et l'homme malade qu'entre la grenouille verte et la grenouille rousse. Peut-on, dès lors, asservir toujours l'observation clinique sur les malades à l'expérimentation physiologique sur les animaux ?

Voici le sulfate de quinine. La physiologie nous apprend qu'il possède une action spéciale sur les globules blancs, qu'il diminue leur nombre et ralentit leurs mouvements amiboïdes; bien plus, elle démontre que ce même agent a le pouvoir de diminuer le volume de la rate. Alors, au nom même de la physiologie, le médicament de la leucocythémie est tout trouvé? Pas du tout. La clinique démontre à la physiologie que le sulfate de quinine n'a aucune action thérapeutique sur cet état morbide.

Vous donnez la quinine à un homme sain ou à un fébricitant, et l'effet n'est pas le même : elle produit l'abaissement de la température dans le second cas, rien dans le premier.

Bien plus, voici deux fébricitants : l'un, typhoïdique ; l'autre, érysipélateux. La quinine abaisse la température fébrile chez le premier, elle est presque impuissante chez le second. Il est vrai que, depuis les recherches de Binz, la quinine serait douée de propriétés antiparasitaires et que, selon cette hypothèse, elle serait sans action sur le bacille de l'érysipèle, tandis qu'elle agirait spécialement sur celui de la dothiéntérie. Mais c'est là une explication dans laquelle la physiologie n'a rien à voir.

Voici encore un autre grand médicament : la digitale. Si nous nous adressons à la physiologie pour en connaître le mode d'action thérapeutique — je n'ai pas dit le mode d'action physiologique — nous sommes dans l'embarras le plus grand. D'abord, je prie les physiologistes de s'entendre et de choisir au milieu des innombrables explications qui ont été données. Traube, que l'on cite souvent, ne s'accorde pas avec lui-même, et nous sommes bien perplexes pour choisir entre les trois ou quatre modes d'action qu'il admet successivement. Quand même vous prouveriez physiologiquement que la digitale agit sur les nerfs pneumogastriques, et nullement sur le muscle cardiaque ou sur les vaisseaux, il y a une chose que, vous, physiologistes, vous ne pouvez expliquer : Pourquoi cette différence d'action de la digitale sur l'homme sain et sur l'homme malade ?

Fait encore plus concluant : Vous prescrivez la digitale à un cardiaque dans la période d'eusystolie; vous la donnez au même cardiaque, arrivé au stade d'asystolie avec œdèmes, congestions multiples. Dans le premier cas, vous n'aurez presque pas d'action cardiaque et les urines restent à leur taux normal; dans le second, l'action cardiovasculaire est à son maximum, la diurèse abondante. Ainsi, chez le premier malade, la digitale n'a aucune action sur les urines; chez le second, elle devient indirectement un des meilleurs diurétiques que nous connaissons. C'est la clinique qui nous a appris tous ces faits; c'est elle, et non la physiologie sur des animaux sains, qui nous en donne l'explication. En effet, au point de vue clinique, quelques observateurs, et je suis du nombre, pensent que la digitale agit plutôt d'abord sur la périphérie du système circulatoire qu'à son centre. Est-ce la physiologie sur les animaux qui nous a démontré le fait et qui nous a fourni l'explication? Non; c'est une autre physiologie que les cliniciens ne sont pas toujours inhabiles à faire, et que les physiologistes de profession, quittant pour quelques ins-

tants leurs laboratoires, ne feraient pas mal de venir étudier à l'hôpital : la physiologie de l'*homme malade*.

On pourrait citer bien d'autres exemples, et pour revenir au point de départ, aux iodures, j'affirme, encore une fois, que la physiologie ne peut toujours expliquer l'action à longue portée de ces médicaments. Il était important de le dire, de formuler hautement cette opinion pour prévenir une sorte d'engouement toujours fatal à la médecine, et pour ne pas mériter ce reproche qui peut nous être adressé : *Les médecins changent souvent d'idées fixes*. Ils ne doivent avoir qu'une idée fixe, celle de l'observation des malades.

En résumé, la physiologie est utile, indispensable à la clinique, elle ne doit pas l'asservir. La clinique et la physiologie doivent s'appuyer réciproquement l'une sur l'autre, avec cette restriction que la seconde a toujours besoin du contrôle de la première. A ce sujet, les physiologistes qui font table rase des enseignements de la clinique, et les cliniciens qui s'en tiennent à l'empirisme, feront bien de méditer ces paroles de notre maître à tous, de Claude Bernard :

« Ceux qui veulent aujourd'hui tout expliquer en médecine par la physiologie, prouvent qu'ils ne connaissent pas la physiologie et qu'ils la croient plus avancée qu'elle n'est. Ceux qui repoussent systématiquement les explications physiologiques en médecine prouvent qu'ils ne connaissent pas le développement de la médecine scientifique et qu'ils se trompent sur son avenir. »

Voilà en quels termes s'adressait Claude Bernard aux physiologistes à outrance et aux médecins retardataires. Voilà comment les médecins peuvent placer la clinique sous la sauvegarde de notre grand physiologiste qui était plus qu'un expérimentateur... Et l'on peut terminer par cette citation un peu modifiée de Baglivi : *In medicina majorem vim facit observatio quam experientia*.

## IV. — Indications thérapeutiques.

Nous avons démontré que la thérapeutique est bonne ou mauvaise lorsque la pathogénie est exacte ou erronée. Il reste maintenant à dire ce qui advient lorsqu'un thérapeute ne s'inspire d'aucune notion pathogénique. C'est une histoire d'hier et bien connue que je vais rappeler.

Un homme s'est rencontré — un grand savant, mais seulement un clinicien ou un thérapeute de laboratoire — qui a mis en présence un tubercule et un poison découvert par lui, et dont il a d'emblée admis la vertu curative. Or, en tout cela, Koch n'avait oublié que deux choses, le malade et la maladie : le malade avec ses réactions si variées ; la maladie avec ses tendances congestives et inflammatoires, qui en font le principal danger. Et c'est ainsi qu'il a fait, sans le savoir, de l'homéopathie d'un autre genre, en proposant son poison phlogogène contre une affection qui ne devient grave et périlleuse que par les congestions et les inflammations que le tubercule allume autour de lui. Cette méthode thérapeutique était irrationnelle, et la méconnaissance de la clinique et de la pathogénie s'est terminée par la déroute thérapeutique que l'on sait.

Il y aurait donc plusieurs manières, plusieurs méthodes pour soigner les malades ? Nullement ; et les exemples cités tendent à prouver simplement que le but vers lequel nos efforts doivent tendre toujours, c'est l'indication thérapeutique.

L'indication thérapeutique ! Vieux mot, chose éternellement nouvelle. « La médecine — disait Sydenham — consiste plus à connaître les véritables indications qu'à inventer de nouveaux remèdes pour les remplir. » « *Indicatio est agendi insinuatio* », avait dit Galien. Elle est la notion fondée sur l'examen de la maladie et du malade, notion d'après laquelle on déduit les diverses applications théra-

peutiques. Une définition plus brève que j'ai proposée est celle-ci : « L'indication thérapeutique est la notion de l'opportunité médicamenteuse », ce qui m'a fait dire depuis longtemps, qu'en pratique médicale il faut savoir être opportuniste.

Il faut être opportuniste, ce qui prouve que les médications systématiques ont quelquefois « le tort de s'adresser toujours à la maladie en général, tout en laissant de côté les formes diverses et particulières qu'elle peut revêtir » et de faire oublier quelques indications importantes.

C'est en ces termes que je m'exprimais au sujet de la méthode de Brand, que j'ai étudiée en France (1), après Glénard et Béhier. Sans aucun doute, nous n'hésitons plus à soumettre un grand nombre de maladies infectieuses, et surtout la dothiéntérie, à l'emploi systématique des bains froids. Mais, cette pratique doit-elle nous affranchir complètement du souci des indications ? Nullement, et vous en avez vu la preuve dernièrement chez cette typhoïdique qui, dans le cours de la médication réfrigérante, a présenté des symptômes extrêmement graves d'hypotension artérielle avec embryocardie et menace de collapsus, symptômes dont le danger a été sûrement conjuré par les injections d'ergotine. De même que pour la pneumonie, la thérapeutique cardiaque dont j'ai parlé ne doit être ni systématique, ni exclusive ; elle ne doit pas faire méconnaître les périls qui peuvent surgir du côté d'autres organes. Si chez les vieillards, la pneumonie est souvent si grave, ce n'est pas seulement parce que leur appareil cardio-vasculaire est altéré, ou que la faiblesse du système nerveux réagit mal contre la force morbide, ou encore parce que leurs reins éliminent incomplètement les toxines, mais encore parce que le foie fonctionne mal.

Rappelez-vous, à ce sujet, cette femme de soixante-cinq ans, atteinte d'une pneumonie peu étendue et qui a

(1) *Union médicale*, 1874.

succombé, non pas avec des symptômes asphyxiques ou infectieux, mais avec les accidents d'une véritable toxémie que nous avons rattachée à l'insuffisance hépatique et reconnue pendant la vie par l'expérience du sucre alimentaire. Celui-ci, en effet, est détruit par le foie normal; mais, il s'élimine en partie par les reins lorsque le fonctionnement de la cellule hépatique est entravé pour une cause quelconque. Or, chez notre malade, deux heures après l'administration de 250 grammes de sirop représentant environ 90 grammes de sucre, les urines en contenaient plus de 30 grammes. La digue hépatique était rompue, et c'est par le foie que notre malade du poumon a surtout succombé.

La connaissance des causes de la mort dans les maladies peut donc être d'une grande utilité pour les indications thérapeutiques, et à ce sujet, je n'ai besoin que de répéter ce que je disais, il y a bien longtemps, en 1871 :

« Étudier, dans les maladies, les causes de la mort et le mécanisme suivant lequel elle se produit, c'est chercher à combattre et à conjurer, après les avoir découverts, les dangers qui menacent la vie des malades (1). »

Par l'indication thérapeutique, le problème a été posé par vous : il faut maintenant le résoudre à l'aide du médicament. La seconde partie de votre tâche commence, et elle peut présenter quelques difficultés.

Je n'ai pas le loisir de montrer qu'un médicament administré à des doses diverses a une action différente, ce qui a fait dire avec juste raison que, dans un médicament il y a plusieurs médicaments. On sait que l'action cardiaque de la digitale peut être obtenue avec des doses relativement faibles, mais que son action antifebrile a besoin, pour se manifester, de doses beaucoup plus élevées. La quinine abaisse la température, et cependant elle peut

(1) Études sur les causes de la mort dans la variole (*Arch. de méd.*, 1871, et *Thèse inaugurale*. Paris, 1871).

l'élever dans certaines pneumonies grippales algides, comme on a pu le démontrer. L'arsenic à la dose de 5 à 10 milligrammes suffit comme restaurateur de la nutrition, mais il faut arriver à 2 ou 5 centigrammes pour combattre utilement les accidents rebelles du paludisme. La digitale est un puissant diurétique dans les hydropisies cardiaques; elle agit à peine sur la diurèse dans les maladies du cœur bien compensées. La question de posologie a une grande importance, et la physiologie des médicaments varie souvent sur l'homme sain et sur l'homme malade.

#### V. — Conclusion.

Il importe de se résumer. Qu'ai-je voulu démontrer ?

J'ai voulu démontrer qu'en thérapeutique, il faut suivre une méthode, qu'il est nécessaire de poser nettement les indications d'un traitement, et vous ne saurez les poser que si vous connaissez bien, non seulement la maladie, mais aussi le malade. C'est dire que nous devons toujours allier la clinique et la thérapeutique, ces deux compagnes inséparables.

Il faut toujours allier la clinique et la thérapeutique, et je vais en donner la preuve par ce dernier exemple de deux cardiaques, atteints d'affection mitrale.

L'un présente à l'état complet le syndrome de l'asystolie: hypotension artérielle avec hypertension veineuse, œdèmes périphériques et congestions viscérales, affaiblissement et irrégularité des contractions cardiaques, etc. Contre ces accidents divers relevant d'une même cause, l'asthénie cardio-vasculaire, la digitale fait merveille: en quelques jours, l'équilibre entre les tensions artérielle et veineuse se rétablit, la diurèse devient abondante, les congestions passives et les œdèmes disparaissent, le cœur reprend sa force, tout rentre dans l'ordre, et le succès thérapeutique est l'œuvre d'un diagnostic exact.

Chez l'autre malade, atteint par exemple de rétrécisse-