

enfin, et ce n'est pas là le moins important, il vous démontre péremptoirement, mathématiquement, sans réplique possible, que le traitement perturbateur institué en ville n'a eu d'effet que sur le malade, mais non sur la maladie, dont il n'a pas abrégé la durée d'une heure. Remarquez bien la situation: ce jeune homme avait été mis à l'usage du tartre stibié dès le second jour de sa pneumonie; la médication a été continuée jusqu'au milieu du sixième jour, et cependant la défervescence n'a commencé que le huitième jour au matin, plus tard, par conséquent, que dans la majorité des pneumonies laissées à leur marche naturelle. En fait, le traitement n'a pas soulagé le malade, il n'a pas modifié la maladie; il n'a donc eu aucun résultat. Pardon, je me trompe, il en a eu un: il a plongé le patient dans un collapsus complet qui lui a fait courir un danger réel.

J'arrive à notre quatrième cas de pneumonie.

Il concerne une femme de trente-huit ans, entrée salle Sainte-Anne, n° 8, au cinquième jour d'une pneumonie droite, qui avait produit l'hépatisation complète, absolue, du lobe inférieur et du lobe moyen.

La courbe thermométrique (fig. 4) (1) vous montre que la température n'a pas dépassé 39°,8, et que la crise, commencée le septième jour au matin, complètement effectuée le neuvième, n'a pas présenté l'abaissement continu caractéristique. Ces irrégularités, qui vous montrent que la maladie n'a pas eu dans ses allures sa précision habituelle, ont été le fait des conditions générales de la malade. La lésion n'a présenté rien d'insolite, ni dans sa période d'état ni dans son déclin.

(1) Voyez page 40.

L'examen de ce fait, l'exposé et la justification de ma conduite, me permettront de compléter l'étude du traitement de la pneumonie.

Bien qu'agée de trente-huit ans seulement, cette femme du n° 8 avait une apparence cachectique qui frappait au premier coup d'œil, et qui a survécu à sa maladie. C'est que, de constitution naturellement chétive, cette malheureuse a porté le rude fardeau de la misère, et que son organisme s'est depuis longtemps épuisé pour suppléer à une réparation insuffisante. Dans de telles conditions, il était certain qu'une maladie aiguë quelconque prendrait chez elle la forme adynamique, et lorsque vous l'avez vue, au cinquième jour de sa pneumonie, vierge de tout traitement, elle vous offrait en effet un tableau saisissant de l'état de collapsus.

La route à suivre était donc nettement tracée; et, laissant de côté toute méthode thérapeutique dépressive, il fallait s'occuper au plus vite de soutenir cet organisme défaillant, et lui donner, s'il en était temps encore, les forces nécessaires pour supporter la maladie et en attendre la résolution.

D'où vient donc que j'ai hésité quelques instants avant de prendre un parti, et que vous m'avez entendu discuter l'opportunité d'une saignée?

C'est que notre malade présentait, avec son adynamie profonde, une dyspnée énorme, qui l'obligeait à être assise plutôt que couchée dans son lit. Sa respiration haute, anxieuse et gémissante, atteignait 40 par minute, et si quelque chose pouvait étonner, c'était l'absence de cyanose, avec une gêne aussi notable de l'acte respiratoire. Or la dyspnée, dans la pneumonie, a toujours été donnée comme une indication positive de la saignée, et en présence de

l'anxiété de la malade, je ne pouvais m'empêcher de songer à ce précepte traditionnel. Je savais qu'en pareille occurrence, une large émission sanguine est un moyen héroïque qui fait justice du symptôme dyspnée avec une rapidité vraiment merveilleuse. Je savais aussi que la gêne de la respiration peut contribuer puissamment à la production du collapsus, et au milieu de ces éléments contradictoires, j'hésitais. L'hésitation, vous le voyez, était plus que légitime, elle était un devoir; car c'était ici un de ces cas dans lesquels une détermination inopportune peut tuer le patient.

En somme, nous nous trouvions en présence de deux indications opposées : la dyspnée commandait impérieusement la saignée; les conditions antérieures et l'état général de la malade défendaient d'y avoir recours; il n'y avait pas de conciliation possible entre ces deux termes, il fallait choisir et obéir sur l'heure à l'une de ces indications. Laquelle devait être suivie? voilà la question.

Après une nouvelle et attentive appréciation, j'ai rejeté la saignée, et j'ai prescrit du vin de Bagnols et de l'extrait de quinquina. Ce sont les raisons de ma détermination que je veux maintenant vous exposer. Il me suffira pour cela de vous rappeler le mode pathogénique de la dyspnée dans la pneumonie, et d'examiner avec vous l'action précise de la saignée sur ce phénomène.

Quant au premier point, nous avons établi dans notre précédente leçon que la dyspnée pneumonique résulte de causes multiples, qui peuvent être rapportées à deux groupes : modifications physiques, qui diminuent mécaniquement le champ de l'hématose et l'absorption de l'oxygène; modifications chimiques résultant de la suractivité

fébrile des combustions organiques, et ayant pour effet une consommation plus grande du gaz comburant.

Or, la saignée n'agit que sur l'élément mécanique de la dyspnée. Vous enlevez du sang : aussitôt la tension s'abaisse dans le système artériel, et particulièrement dans l'artère pulmonaire où elle était anormalement accrue; la circulation du cœur aux poumons devient plus active, la stase périphérique diminue autour du tissu hépatisé; et cet ensemble de circonstances, perméabilité plus grande du poumon, renouvellement plus complet et plus rapide du sang dans l'appareil respiratoire, concourt à faciliter l'aération du liquide. La physiologie enseigne que dans ces conditions nouvelles la dyspnée doit diminuer; elle diminue en effet, le soulagement du malade est instantané. Mais attendez un peu, vous allez voir ce qu'il en faut penser.

Ce soulagement, messieurs, est fatalement temporaire. Quelques heures à peine se sont écoulées depuis la saignée, que déjà le sang extrait est remplacé par de l'eau; de sorte qu'au point de vue mécanique, les conditions de la circulation redeviennent sensiblement les mêmes. La dyspnée reparait alors plus intense qu'auparavant, pour des raisons que je vous dirai bientôt, et si vous voulez rendre à votre malade l'amélioration momentanée dont il a joui, il faut absolument lui pratiquer une nouvelle saignée, que souvent du reste il demande de lui-même, tant il a été soulagé par la première. Les mêmes effets, puis les mêmes nécessités se reproduisent ainsi jusqu'à ce que la résolution de la phlegmasie et la chute de la fièvre fassent disparaître définitivement et la dyspnée et les causes qui lui donnent naissance.

Retenez donc ce premier fait : le soulagement produit par la saignée est momentané, parce que les conditions mécaniques qu'elle modifie se reproduisent nécessairement au bout de quelque temps. Ce n'est pas tout. La saignée produit dans la constitution chimique du sang des modifications importantes qu'il est essentiel de connaître pour apprécier exactement l'action de ce moyen thérapeutique. Les plus importantes de ces modifications sont les suivantes : augmentation de l'eau, accroissement de la fibrine, diminution des globules; conséquemment, la saignée agit sur le sang de la même manière, dans le même sens que la phlegmasie; et comme cet état du sang est, ainsi que nous l'avons vu, une cause efficace de dyspnée, il s'ensuit que votre émission sanguine, qui atténue pour un moment quelques-unes des conditions mécaniques de la gêne respiratoire, ajoute directement à la puissance des causes chimiques qui entretiennent ce symptôme. Vous perdez d'un côté ce que vous gagnez de l'autre, et vous tournez ainsi dans un véritable cercle vicieux. Ce circuit n'a pas d'issue, à moins que la nature n'amène la résolution de l'inflammation, et l'observation confirme cette conclusion anticipée que dicte la physiologie.

En dernière analyse, la saignée soulage merveilleusement le symptôme le plus pénible de la pneumonie, la dyspnée; et si l'on répète le remède à mesure que le mal se reproduit, on peut ainsi donner au patient le bénéfice d'un soulagement durable, grâce auquel il traverse plus paisiblement les phases naturelles de sa maladie.

Mais, messieurs, songez-y bien : le premier devoir du médecin n'est pas de soulager, c'est de guérir, ou, pour

dire plus vrai, d'aider le malade à guérir. Si la saignée était un moyen parfaitement inoffensif, cette réflexion n'aurait pas de raison d'être, c'est évident; mais il n'en est point ainsi.

Ce soulagement que vous procurez au malade n'est point un don gratuit, c'est lui qui en fait les frais, il le paye du sang que vous lui enlevez; reste donc à savoir s'il est en état de supporter cette dépense. Question d'autant plus légitime qu'il s'agit ici d'une dépense de luxe; car, quelque grand que soit le soulagement du symptôme, la durée de la maladie n'en est pas modifiée d'une heure, tenez-le pour certain.

Il y a là une question d'appréciation individuelle qui se présente à vous dans toute pneumonie avec dyspnée intense : vous avez entre les mains un moyen merveilleux d'atténuer ce symptôme si pénible, mais vous savez que ce moyen a aussi pour résultat constant un affaiblissement plus ou moins notable. Chaque malade vous impose donc le problème suivant : Faut-il soulager la dyspnée au prix d'une certaine débilité? A cette question, qui ne doit jamais être laissée sans solution, vous répondrez de diverses manières, mais toujours d'après la même méthode.

C'est une estimation proportionnelle à établir entre les forces du malade, la durée et les effets de la maladie, d'une part, et les résultats connus du traitement palliatif, d'autre part. Vous êtes, par exemple, au deuxième jour d'une pneumonie : déjà, si vous avez recours à l'exploration thermométrique, vous pouvez prévoir quelle sera l'intensité maximum du mouvement fébrile, et partant la perte imposée à l'organisme du fait de la fièvre; vous savez que votre malade devra supporter cette consommation

exagérée de sa propre substance pendant sept ou huit jours encore peut-être; car rien ne vous indique à l'avance si la pneumonie entrera en défervescence le sixième, le neuvième ou le dixième jour; et, dans cette incertitude, la prudence veut que votre appréciation soit basée sur le délai maximum. Muni de ces données, qui sont l'élément fixe du problème, le médecin doit examiner si le malade est en état de supporter une spoliation artificielle ajoutée à la spoliation naturelle qui résulte de la maladie. Cet élément, essentiellement mobile, est fourni par l'âge de l'individu, sa constitution, son état habituel de santé, et les conditions dans lesquelles il a contracté sa pneumonie. Si tous ces renseignements sont favorables et concourent dans le même sens, faites une saignée, répétez-la au besoin: dans cette situation bien définie, vous êtes certains de soulager le patient sans compromettre l'avenir; dans le cas contraire, abstenez-vous; car vous ne devez pas, dans le but de combattre un symptôme, quelque pénible qu'il soit, enlever à votre malade les ressources dont il a besoin pour atteindre le terme de sa phlegmasie. Il va sans dire que l'intensité même de la dyspnée doit être prise en considération dans cette pondération médicale, qui doit précéder la détermination pratique. Il est des cas, heureusement rares, dans lesquels ce symptôme est assez violent pour être par lui-même une cause de danger prochain: il faut alors, c'est le cas de le dire, parer au plus pressé, et, au risque même de débilitier le malade, il convient de combattre un phénomène dont la violence peut tuer avant la résolution de la maladie.

Telles sont, messieurs, les bases de cette appréciation, dont je puis bien vous indiquer les principes, mais dont

les nuances, infiniment variables, échappent à toute description didactique; c'est là le domaine du tact médical. Vous avez cependant pour cette estimation clinique un guide fidèle qui ne vous fera jamais défaut, si vous savez l'interroger: ce guide, c'est le pouls. Lorsqu'il est plein, ample et fort, il vous donne un renseignement d'une valeur absolue, et le symptôme est aussitôt interprété que constaté. Avec un pareil pouls, il n'y a pas de débilité actuelle, il y a chez le malade une force suffisante pour que vous puissiez recourir à un traitement spoliateur, si les autres conditions le demandent. Mais la situation est moins nettement définie lorsque, comme chez notre femme, le pouls se distingue par sa petitesse; il ne sera pas inutile de nous arrêter quelques instants sur ce point.

Les anciens ont dit que la petitesse du pouls n'est pas toujours une contre-indication de la saignée, parce qu'elle n'est pas toujours un signe de faiblesse; on peut, dans la période ascensionnelle et dans la période d'état des maladies aiguës, de la pneumonie entre autres, observer un pouls petit chez des individus robustes et bien constitués, qui possèdent, et au delà, les forces nécessaires pour mener à bonne fin leur maladie. Il y a alors, suivant le langage de l'école, oppression des forces, et non débilité réelle: la preuve, c'est que, si l'on pratique une saignée, le pouls se relève et reprend de l'ampleur et de la force. Cela est parfaitement exact; et, quoique je n'aime pas beaucoup cette expression d'oppression des forces qui voilait, sous une figure mystique, l'ignorance de la cause des phénomènes signalés, je conviens que l'assertion empirique et le conseil pratique qui en découle sont fondés sur une observation rigoureuse.

Mais, d'un autre côté, il est des cas plus nombreux encore où la petitesse du pouls, se liant à une débilité réelle, devient une contre-indication positive de la saignée; le même phénomène symptomatique peut ainsi fournir deux indications opposées, et il devient extrêmement important de distinguer entre ces deux ordres de faits.

Je vous ferai connaître, dans un instant, les moyens de faire cette distinction au lit du malade; mais je veux d'abord vous donner la raison physiologique de la prétendue oppression des forces, c'est-à-dire de cette petitesse du pouls qui, chez un individu vigoureux, disparaît après une émission sanguine.

La lésion de la pneumonie a pour effet constant, nous l'avons vu, une gêne plus ou moins grande dans la circulation cardio-pulmonaire. Pour peu que cette gêne soit considérable, il se produit dans les cavités droites du cœur une stase sanguine qui, de proche en proche, gagne les viscères et les extrémités périphériques du système veineux. La difficulté de la déplétion des vaisseaux noirs augmente directement les obstacles que doit surmonter le sang artériel pour traverser le réseau capillaire, et dans ces conditions mécaniques anormales, la contraction du cœur a beau se faire avec énergie, l'ondée sanguine est faible, le pouls est petit. Enlevez alors du sang, la stase disparaît, votre déplétion artificielle compense pour un temps l'obstacle qui existe sur un point de l'appareil circulatoire, les rapports convenables se rétablissent entre l'arbre artériel et l'arbre veineux; l'ondée sanguine n'est peut-être pas plus volumineuse, mais l'impulsion initiale qui la met en mouvement se transmet et se fait sentir avec plus de force dans les vaisseaux artériels; le pouls devient plus ample

et plus fort, en un mot il se relève. Voilà la raison de ce phénomène singulier; voilà cette fameuse oppression des forces, dont tout le mystère est dans les modifications mécaniques que la lésion pulmonaire introduit dans le mode circulatoire. Inutile d'ajouter que si la petitesse du pouls tient à un état adynamique véritable, elle ne disparaît point après la saignée, qui l'accroît infailliblement.

Quant à la distinction clinique entre ces deux états opposés, elle est fort heureusement d'une simplicité égale à son importance; abstraction faite des autres conditions propres au malade, cette distinction est fournie nettement, sans erreur possible, par l'exploration du cœur et par le phénomène de la récurrence palmaire.

Si, avec un pouls petit, vous constatez que les battements cardiaques sont énergiques et réguliers, si l'impulsion est forte, si en un mot il y a discordance, au profit du cœur, entre la force de l'organe central de la circulation et celle des pulsations artérielles périphériques, soyez assurés alors que la petitesse du pouls ne provient pas d'un état de faiblesse vraie; la débilité n'est qu'apparente, et si d'importants motifs vous commandent de tirer du sang, les qualités du pouls ne sont point en elles-mêmes une contre-indication. — Les résultats de votre examen comparatif sont-ils différents, existe-t-il une concordance parfaite entre la petitesse du pouls et la faiblesse du cœur, oh! alors la débilité est réelle; car cette concordance signifie que la petitesse du pouls n'est pas l'effet des conditions anormales de la circulation périphérique, elle signifie que la faiblesse de l'artère est la conséquence directe de celle du cœur, et comme celle-ci ne peut tenir qu'à la défaillance du système nerveux

qui préside à la contractilité de l'organe, il y a là un signe positif d'adynamie vraie.

Ce mode d'appréciation peut être corroboré par l'examen de la récurrence palmaire. Ce signe, plus délicat que le précédent, peut vous être très-utile dans certains cas où les battements du cœur n'étant, à vrai dire, ni faibles ni forts, vous hésitez sur la signification véritable du pouls. Voici en quoi consiste ce phénomène. Explorez la radiale d'un individu bien portant; puis, après avoir acquis la notion des qualités du pouls, comprimez l'artère assez fortement pour en effacer le calibre: les battements disparaissent, cela va sans dire, et vous ne sentez plus le choc de l'ondée sanguine qui vient frapper le doigt compresseur sans pouvoir passer outre. Placez alors un doigt de votre autre main au-dessous du point comprimé, vous percevrez une pulsation dans le bout inférieur de l'artère: cette pulsation est fournie par une ondée récurrente qui passe à travers les anastomoses palmaires. En l'état de santé, cette pulsation rétrograde apparaît pour ainsi dire instantanément, dès que votre compression a rendu la radiale imperméable sur un point, et, de plus, le battement récurrent a les mêmes qualités de force et d'amplitude que le battement normal. Il n'en est plus ainsi dans la maladie. Dès que la puissance contractile du cœur faiblit, la pulsation récurrente palmaire retarde dans son apparition, et elle est notablement moins forte que la pulsation normale directe; à mesure que l'impulsion cardiaque diminue, le battement en retour s'atténue, jusqu'à ce qu'enfin il ne soit plus du tout perceptible, sinon à de rares intervalles, ce qui est toujours d'un fâcheux augure. Tel est le phénomène de la récurrence palmaire:

fidèle dans les renseignements qu'il fournit, simple quant à l'exploration qu'il nécessite, ce signe ne mérite certainement pas l'oubli complet dans lequel il est tombé.

Les diverses sources d'indications que je viens de vous faire connaître, je les ai attentivement explorées chez notre malade, et mon hésitation n'a pas été de longue durée. A côté d'une dyspnée intense, indication positive de la saignée, nous trouvions une constitution ruinée par la misère, et un abattement complet. Cet abattement d'ailleurs était l'expression d'une adynamie réelle; car en même temps que le pouls était petit et sans résistance, les battements du cœur étaient faibles, l'impulsion sans vigueur, et la récurrence palmaire, à peine marquée, était difficilement appréciable. Toute spoliation était impossible: enlever à cette femme une fraction quelconque des ressources qui lui restaient, eût été une faute aux conséquences peut-être irréparables; nous ne pouvions, nous ne devions pas exposer notre malade à un tel péril, dans le but unique de lui procurer un soulagement de quelques heures. Je n'ai pas fait de saignée, j'ai donné pour boisson du bouillon coupé, et pour tout médicament 2 grammes d'extrait de quinquina et 200 grammes de vin de Bordeaux. Bien m'en a pris d'avoir agi de la sorte, vous le verrez bientôt.

Mais, avant de vous raconter la fin de cette histoire, je tiens à compléter l'exposé des indications de la saignée dans la pneumonie. La dyspnée et l'élévation considérable de température qui existe le plus souvent avec elle, ne sont point les seules circonstances qui indiquent les émissions sanguines; cette méthode thérapeutique présente

a commencé à se faire, les éléments propres du tissu périvasculaire sont modifiés, et vous pouvez alors tirer du sang tant que vous voudrez; vous n'empêcherez pas que les vésicules pulmonaires ne contiennent un liquide coagulable, vous n'empêcherez pas que ce liquide ne se coagule, partant vous n'empêcherez pas l'hépatisation et ses conséquences. C'est parce qu'on n'a pas assez tenu compte de cette distinction capitale entre la congestion simple, résultant uniquement d'un changement dans le calibre des vaisseaux, et la congestion inflammatoire, qui marche dès le premier instant avec des modifications matérielles des éléments histologiques, qu'on a cru pouvoir admettre l'indication que je combats. L'anatomie pathologique et l'observation démentent cette assimilation et la conséquence thérapeutique qu'on en a voulu tirer.

En résumé, l'opportunité de la saignée dans la pneumonie est limitée aux trois indications que nous avons précédemment établies : 1° dyspnée intense et température élevée; 2° troubles mécaniques de la circulation pulmonaire, hyperémie et œdème; 3° phénomènes de stase encéphalique. Ces indications rationnelles, basées, remarquez-le bien, sur la genèse et les effets des phénomènes morbides, doivent en toute circonstance prendre la place des propositions vagues et mal définies dans lesquelles a dû se renfermer pendant des siècles un empirisme peu éclairé. Et si ces indications sont purement symptomatiques, ne vous en étonnez point, je vous ai dit déjà qu'il n'en existe pas d'autres dans la pneumonie franche.

TROISIÈME LEÇON

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

(SUITE).

Indications du tartre stibié et de la digitale. — Mode d'action de ces médicaments. — Leurs avantages et leurs dangers.

Statistiques comparatives de la mortalité dans la pneumonie, selon le traitement employé.

De la médication tonique. — Indication de l'alcool. — Sa double action sur le système nerveux et sur les combustions organiques. — Dangers de cette médication.

Indication et effets des vésicatoires. — Conclusion.

MESSIEURS,

J'ai exposé et discuté longuement les raisons pour lesquelles je me suis abstenu de la saignée chez notre intéressante malade de la salle Sainte-Anne; mais les émissions sanguines ne sont pas le seul traitement actif que l'on puisse opposer à la pneumonie; deux autres moyens, le tartre stibié et la digitale, sont journellement employés avec d'incontestables avantages, et l'étude que nous avons entreprise resterait infructueuse peut-être, insuffisante à coup sûr, si je ne vous rendais compte des motifs qui dans le cas actuel m'ont empêché de recourir à ces agents thérapeutiques.

Vous comprendrez aisément mes réserves lorsque vous serez édifiés sur l'action réelle de ces médicaments. Or