

praticiens ont déjà trouvé leur chemin de Damas : ils abusent moins des drogues.

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

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 ou de travail, à laquelle convient le nom de *dyspnée 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 qu'elle constituait presque le phénomène prédominant des accidents morbides. Chez l'un d'eux (n° 18) dont les accès dyspnéiques étaient surtout nocturnes, il y avait très 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 bruit de galop, mais arythmie cardiaque très accusée, surtout chez le second malade.

Tous les trois sont athéromateux, et pour des raisons inutiles à redire, le diagnostic de *cardio-sclérose* 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. La preuve, c'est que 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 en question, sous l'influence d'une médication, simple en apparence, du régime lacté exclusif, les troubles respiratoires ont disparu en quelques jours comme par enchantement, et cette disparition a été complète et définitive jusqu'au moment où des erreurs et des fautes d'alimentation l'ont fait reparaître.

En effet, comme je l'ai démontré depuis l'année 1887(1), il s'agissait ici d'une dyspnée d'origine alimentaire, d'une dyspnée *toxique* ou *ptomainique*, d'une dyspnée *toxi-alimentaire*, et 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 invariablement sous l'influence du régime lacté et reparaît 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 acci-

(1) *La dyspnée cardiaque* (Rev. de clin. et de thérap., 1887-1888). — *La dyspnée toxique dans les cardiopathies artérielles* (Soc. de thérap., 1889). — *La dyspnée chez les cardiaques* (Semaine médicale, 1890). — *La dyspnée toxique dans les affections du cœur* (Soc. méd. des hôp., 1892). — *Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux* (2^e édit., Paris, 1893; 3^e édit., 1899-1900).

dents 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 favorise le fonctionnement, sur l'intestin dont il assure en partie, non pas l'antisepsie, mais l'asepsie, ce qui est préférable.

Il y a quelques semaines, nous avons vu un cardio-rénal, artério-scléreux encore, atteint d'insuffisance aortique avec albuminurie abondante. Il était entré dans la période urémique, avec délire, diarrhée profuse, état dyspnéique caractérisé par la respiration de Cheyne-Stokes. Ici, la dyspnée était toxique également, mais elle appartenait au genre des dyspnées urémiques. Par conséquent, la médication dirigée contre l'urémie devait avoir raison de cette dyspnée.

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 anti-septiques intestinaux (benzonaphtol à la dose d'un gramme, deux ou trois fois par jour) pour diminuer d'autant les accidents de 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 soustraire 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*.

Maintenant, voici un malade atteint de cardiopathie valvulaire (insuffisance et rétrécissement mitral) : encore un dyspnéique. Mais il était en pleine asystolie, et la dyspnée était subcontinue avec de rares crises paroxystiques. L'œdème des membres inférieurs était peu accentué, mais il y avait une congestion assez intense des deux bases pulmonaires, et ce qui frappait l'attention, c'était la congestion énorme du foie, c'était encore l'existence de battements hépatiques, indice d'une insuffisance tricuspидienne fonctionnelle. Ce malade faisait de l'asystolie dans son foie, et cet organe dépurateur des poisons ne remplissait 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 30 centigrammes, deux ou trois fois par jour), et d'un cachet purgatif composé de 50 centigr. 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 qui avait sa source, 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 donc 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 le siège d'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, nous sommes en présence d'un dyspnée cardio-pulmonaire par rupture de compensation de la lésion cardiaque, d'un véritable état asystolique, mieux appelé « asthénie cardio-vasculaire ».

C'est donc la médication anti-asystolique qui a dû faire les frais de la médication. 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, nous avons administré celle-ci 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 un milligramme de digitaline cristallisée qui équivaut à 4 ou 5 milligrammes de digitaline amorphe).

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 disparurent, et avec eux cette dyspnée subcontinue qui était ici 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. Il y a quatre ans, comme aujourd'hui, les mêmes phénomènes, plus graves encore, reconnaissaient pour cause un cœur graisseux 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 adulé; ici, dans cette dyspnée cardiaque *mécanique*, elle a agi autrement, par la soustraction du sang, dont l'accumulation dans les cavités droites 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 promp-

tement réprimés par une large saignée; elle avait son siège dans le cœur qui s'était promptement dilaté : il s'agissait d'une *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 artério-sclérose, mais d'une angio-sclérose.

Cet homme est atteint d'aortite chronique avec dilatation de l'aorte (élévation de la sous-clavière droite, battements considérables 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'encéphale et du bulbe. Donc, cette dyspnée est *cérébrale*, comme est cérébrale également la respiration de Cheyne-Stokes que l'on aurait tort d'assimiler toujours à un accident urémique.

Pour atténuer cette dyspnée, — mais non pour la faire disparaître toujours, — je ne connais 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, à tort, attribué 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*.

Je trouve la preuve de tout ce que j'avance dans l'histoire d'un homme de quarante-cinq ans que je viens d'observer 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 qu'il éprouvait depuis quelques mois. Cette dyspnée était d'origine toxique, ou plutôt ptomainique. 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. Un jour, subitement, la dyspnée qui avait pris peu à peu le caractère de Cheyne-Stokes, devient menaçante; rapidement, en une nuit, l'épanchement avait augmenté, le pouls était devenu faible, les contractions du cœur étaient à peine appréciables, il y avait des accès de suffocation, et le péril était imminent. Alors, je pratiquai la thoracentèse, et je retirai 1.600 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, et 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

(1) Mon élève, le Dr Robert, a consacré sa thèse inaugurale à l'étude des « manifestations pleurales dans le cours des maladies du cœur » (Paris, décembre 1897).

l'attention sur la fréquence relative, chez les cardio-artériels, des épanchements hémorragiques, dus à la présence de néo-membranes 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.

Je ne prétends pas dire que tous les pseudo-asthmes aortiques sont d'origine bulbaire, ce qui serait une grande exagération et 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, parfois foudroyante, d'un *œdème suraigu du poumon* dont nous ferons bientôt l'histoire clinique.

Cet œdème suraigu du poumon que l'on observe également dans le cours de la néphrite interstitielle, comme Bouveret (de Lyon) en a cité des exemples, est caractérisé