

fébricitant, on doit assurer, dans la mesure du possible, l'*antiseptie de la bouche, de la gorge, des fosses nasales*. Ces mêmes précautions s'imposent chez les tuberculeux, chez les gens atteints de bronchites chroniques, de pneumokonioses, en un mot chez tous ceux dont le poumon plus ou moins altéré constitue par cela même un lieu de moindre résistance; elles s'imposent aussi chez les diabétiques, chez les dyspeptiques, chez tous les malades qu'une dystrophie constitutionnelle ou qu'une affection organique de longue durée rend plus accessibles aux agressions microbiennes.

## IV

## Thérapeutique curative.

## A. — INDICATIONS TIRÉES DE L'ÉTIOLOGIE

Quand nous connaissons bien la cause de la maladie que nous avons à combattre et quand, d'autre part, nous possédons une médication qui s'adresse directement à cette cause, la thérapeutique devient d'une facilité qui n'a d'égale que son efficacité, en vertu du vieil adage : *sublata causa, tollitur effectus*. Trop rares sont les occasions qui s'offrent à nous d'intervenir d'une manière aussi triomphante; cependant, il en existe quelques-unes : c'est surtout quand il s'agit des manifestations broncho-pulmonaires de certaines maladies infectieuses. Il importe peu d'ailleurs, au point de vue pratique, de savoir le mécanisme intime de l'action thérapeutique que nous exerçons. Atteignons-nous directement l'agent infectieux et le tuons-nous? N'agissons-nous sur lui qu'indirectement, en modifiant le terrain sur lequel il évolue, en rendant aux phagocytes l'activité fonctionnelle qu'ils avaient momentanément perdue ou qui était devenue insuffisante? Ce qu'il y a de certain, c'est que les substances que nous employons dans ces cas opèrent des effets si prompts et si énergiques qu'il n'est pas douteux que leur action soit véritablement spécifique.

1° Voici un homme atteint d'une affection aiguë du poumon présentant les signes de la pneumonie; les antécédents pathologiques du malade, le milieu qu'il habite, la singulière évolution de sa maladie donnent à penser qu'il est atteint de cette forme de paludisme désignée sous le nom de fièvre intermittente pneumonique : dès lors, point n'est besoin de recourir à une médication compliquée. Le *sulfate de quinine* suffit, et à lui seul fait merveille, parce qu'il est le médicament spécifique du paludisme.

2° Voici encore un sujet qui présente dans l'un de ses poumons les signes d'une induration chronique. On trouve, soit dans les caractères de l'affection locale, soit dans l'histoire de la maladie et dans les commémoratifs, des raisons de suspecter la nature syphilitique de cette pneumopathie, et on administre le *traitement spécifique* des accidents tertiaires; ici encore le succès est rapide et complet.

A propos de ces admirables médications dont je viens de parler, il n'est pas inutile de faire remarquer qu'elles furent appliquées bien longtemps avant que l'on soupçonnât la nature infectieuse de la malaria ou de la syphilis; la physiologie elle-même est absolument étrangère à leur découverte. Elles ont été le fruit du seul empirisme, et ce n'est qu'aujourd'hui que nous commençons à nous rendre compte de leur mode d'action probable. Ces médications empruntées à la pharmacologie nous montrent, en tout cas, que nous pouvons agir efficacement contre certains microbes avec d'autres substances que celles qu'ils produisent eux-mêmes, et que la sérothérapie, si elle a déjà fait ses preuves et si elle nous promet plus encore, ne contient peut-être pas tous les secrets de la thérapeutique de l'avenir.

3° Une autre maladie, le rhumatisme articulaire aigu, possède une médication — empirique, elle aussi — qui, par la constance de son action et par la rapidité de ses effets curatifs, revêt bien les allures d'une médication spécifique; on devine que je parle du *salicylate de soude*. Eh bien! cette médication qui jugule en quelques heures les arthropathies rhumatis-

males reste sans effet contre les localisations viscérales du rhumatisme ; les pneumonies ou les congestions pulmonaires dites rhumatismales ne sont nullement influencées par le salicylate de soude.

Il est peut-être prématuré de tenter une explication de ces anomalies apparentes. Cependant, il est permis de faire observer que nous sommes ici sur un terrain encore mal connu. Quelques raisons qui plaident en faveur de la nature infectieuse du rhumatisme articulaire aigu, pour ne parler que de cette forme, la démonstration n'en est pas encore faite ; fût-elle faite, il faudrait encore savoir si les manifestations pulmonaires sont bien des localisations de l'agent infectieux ou si elles n'en sont pas les conséquences indirectes. Ne seraient-elles pas, par exemple, de simples lésions réactionnelles résultant de l'impression produite par cet agent sur les centres nerveux vaso-moteurs, ou bien encore ne s'agirait-il pas d'infections secondaires développées dans le poumon à la faveur de la fièvre rhumatismale ? Dans les deux hypothèses, on s'expliquerait l'inefficacité de la médication salicylée.

4° J'arrive à un autre ordre de faits : ceux dans lesquels la thérapeutique utilise contre l'infection les substances élaborées par les agents infectants eux-mêmes ; c'est le principe de la *sérothérapie*.

La laryngite et la trachéo-bronchite diphtéritiques ont trouvé leur médication spécifique dans la belle découverte de Behring et de Roux. Dans les cas où le bacille de Lœffler y existe à l'état isolé, l'injection sous-cutanée du sérum anti-diphtérique modifie très rapidement l'aspect des fausses membranes et arrête leur extension ; on les voit, au bout de vingt-quatre heures, se désagréger et tomber. Malheureusement, la diphtérie est une des maladies où les associations microbiennes se montrent avec leur maximum de fréquence, et le sérum ne vaut que contre l'infection diphtérique. Les infections secondaires qui ont pris naissance avant l'intervention du traitement continuent leur évolution.

J'ai eu déjà l'occasion d'indiquer le rôle que joue le strep-

tocoque dans la pathologie des voies respiratoires ; c'est lui qui vient le plus souvent s'associer au bacille de Lœffler et compliquer la diphtérie de la manière la plus grave. C'est au streptocoque que sont dues presque constamment les broncho-pneumonies qui éclatent au cours de la rougeole, de la coqueluche, de la grippe, de la fièvre typhoïde, du puerpérisme infectieux. Il réclame une part importante dans toutes les bronchorrées purulentes du catarrhe chronique des bronches et de la dilatation bronchique. Il est presque toujours présent au sein des foyers tuberculeux et autour d'eux, entretenant à la périphérie des lésions spécifiques l'atmosphère congestive aux dépens de laquelle elles se développent, déterminant même au loin des inflammations plus ou moins redoutables, bronchites, broncho-pneumonies, pleurésies. On voit donc l'importance qu'aurait, au point de vue de la thérapeutique des affections pulmonaires, la découverte du sérum anti-streptococcique. Au moment où j'écris cet article, on est peut-être sur la voie de cette découverte : deux substances qui ne paraissent pas être identiques, deux sérums obtenus par des procédés différents, auraient donné des résultats dans l'érysipèle, dans la fièvre puerpérale et dans d'autres infections à streptocoques. Quel est le plus efficace de ces deux sérums, et l'un d'eux est-il vraiment anti-streptococcique ? La question est encore à l'étude, et il est interdit aujourd'hui d'émettre autre chose que des espérances, qu'un avenir assez rapproché sans doute se chargera de confirmer ou de détruire.

5° Que dire de la *médication spécifique de la tuberculose* ? Tout le monde se rappelle sans doute l'énorme retentissement qu'eut, il y a quelques années, la découverte de la *tuberculine* de Koch, et les déceptions qui suivirent l'application de cette découverte au traitement des phtisiques. Plusieurs fois depuis lors, et tout récemment encore, des médecins, trop pressés sans doute de publier les résultats de recherches hâtives et incomplètes, ont prétendu être en possession du fameux secret... ou de quelque chose en approchant : mais prétendre n'est pas démontrer. Les vraies découvertes, en pareille

matière, emportent avec elles la conviction, parce qu'elles se jugent sur des résultats que chacun peut contrôler. Reconnaissons donc que nous n'avons pas encore le traitement spécifique de la tuberculose, et attendons des jours meilleurs.

6° Ce que je viens de dire des médications étiologiques, qu'elles soient empruntées à l'ordre chimique ou qu'elles relèvent de la sérothérapie, fait voir déjà ce que l'on peut penser des *prétendues médications spécifiques* qui ont été préconisées de tout temps contre les affections broncho-pulmonaires. Des séries de cas plus ou moins heureux ont pu aveugler tels ou tels médecins sur l'efficacité réelle d'une médication, au point de les empêcher de voir les résultats beaucoup moins favorables obtenus par d'autres observateurs ou par eux-mêmes dans des séries différentes. C'est ainsi que s'explique la vogue plus ou moins persistante dont ont pu jouir certains traitements exclusifs et systématiques, par exemple, les traitements de la pneumonie par la *saignée*, par le *tartre stibié*, par le *sulfate de quinine*, par la *digitale* ou par l'*alcool*; le traitement de la tuberculose par le *tannin*, par le *seigle ergoté*, par la *créosote*.

Tout traitement systématique qui ne repose pas sur la base étiologique est un non-sens. Il est trop évident, d'après les résultats même, que le tartre stibié n'est pas un médicament anti-pneumococcique, non plus que le sulfate de quinine ou la digitale; il est non moins évident que la créosote, pour ne parler que du médicament qui, depuis quelques années, fait presque exclusivement les frais du traitement de la tuberculose, ne joue pas à l'égard du bacille de Koch le rôle d'un parasiticide. Chacun de ces médicaments peut rendre des services dans des cas déterminés; mais chacun d'eux, dans d'autres cas, peut rester absolument inefficace ou devenir nuisible. Ce sont donc des médicaments de circonstance, répondant à des indications relatives et variables; seules, les indications étiologiques sont immuables et absolues.

#### B. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES FOURNIES PAR LA LÉSION

En présence d'une affection quelconque des voies respiratoires, le médecin doit chercher à établir le diagnostic anatomique avec une rigoureuse précision. S'il s'agit d'une bronchite, d'une broncho-pneumonie ou d'une pneumonie, il n'est pas indifférent de savoir si la bronchite est circonscrite ou généralisée, si elle occupe les grosses ou les petites bronches; si la broncho-pneumonie est pseudo-lobaire ou à foyers disséminés; si la pneumonie est plus ou moins étendue. Importantes surtout au point de vue du pronostic, ces considérations anatomiques influencent nécessairement la thérapeutique; car c'est d'elles que dépendent souvent le degré d'urgence et le degré d'énergie des interventions.

Dans la pleurésie, l'appréciation aussi exacte que possible de la lésion prend une importance capitale: la quantité de liquide épanché, la nature de ce liquide, l'état du poumon derrière l'épanchement, dictent au médecin la conduite qu'il doit tenir.

Aux inflammations aiguës de l'appareil respiratoire s'associent constamment des lésions congestives. Ces dernières ne sont nullement négligeables; car, outre qu'elles contribuent à aggraver les troubles fonctionnels, elles préparent souvent le terrain à l'extension de la phlegmasie. Il y a donc, pour ces raisons, intérêt à les combattre; il y en a surtout, parce que ce n'est guère que sur elles que nous avons quelque action: la bronchite ou le bloc de pneumonie sont peu impressionnés, il faut bien le reconnaître, par les moyens thérapeutiques que nous mettons en œuvre, et ils accomplissent malgré nous leur évolution, en tant que lésions. L'hyperémie qui les accompagne et les enveloppe constitue un élément plus mobile et plus susceptible d'être modifié. C'est elle surtout que nous visons, ou en tout cas, que nous atteignons par les médications révulsive, dérivative, déplétive, antiphlogistique, contro-stimulante, etc.

Cela n'est pas vrai seulement pour les affections aiguës.

La tuberculose, à ne considérer que la lésion tuberculeuse du poumon, échappe absolument à toute action directe : mais elle aussi a pour compagne habituelle et pour complice la congestion pulmonaire; les révulsifs qu'on a coutume d'appliquer au niveau des infiltrations bacillaires n'ont pas d'autre raison d'être que cette atmosphère congestive; s'ils agissent sur la lésion, c'est d'une manière tout à fait indirecte, en lui coupant les vivres, pour ainsi dire.

Le type des traitements s'appliquant directement à la lésion est évidemment le *traitement chirurgical* : je n'en dirai que quelques mots.

La pleurésie est la première affection qui ait bénéficié des interventions opératoires. La *thoracentèse*, l'*empyème*, les *résections costales* ont assez fait leurs preuves pour n'être plus discutées. Il n'en est pas de même d'autres opérations proposées contre certaines affections du poumon ou des bronches : je rappellerai simplement les *injections antiseptiques* ou modificateurs qui ont été faites dans des foyers de pneumonie ou de tuberculose, dans des cavernes tuberculeuses; les *pneumotomies* et les *pneumectomies* qui ont été tentées pour drainer des cavités pathologiques, cavernes, dilatations bronchiques, abcès, ou pour extirper des noyaux d'infiltration tuberculeuse, des cancers, des kystes hydatiques, des foyers de gangrène. Ce n'est pas dans un article de généralités que j'ai à discuter ce qu'il peut y avoir de légitime ou ce qu'il y a d'irrationnel dans telle ou telle de ces interventions et je renvoie, pour une étude d'ensemble, au très remarquable travail que Reclus vient de publier sur la question (1).

#### C. — INDICATIONS FOURNIES PAR LES TROUBLES FONCTIONNELS IMMÉDIATS

J'entends par là les désordres qui dérivent directement de l'existence d'une lésion des voies respiratoires. La douleur, la

1. RECLUS. — La chirurgie du poumon, *Bulletin du Congrès de chirurgie*, oct. 1895.

toux, l'expectoration, la dyspnée, peuvent se rencontrer dans toutes les affections broncho-pulmonaires et nécessiter, en raison de leur importance, des traitements spéciaux. De ces indications naissent les médications dites *symptomatiques*.

1° *Douleur*. — Extrêmement violente dans le pneumothorax, dans la pleurésie diaphragmatique, elle est d'une intensité variable dans la pneumonie, dans la pleurésie, dans la congestion aiguë du poumon, dans la trachéo-bronchite; nulle dans l'emphysème et dans le catarrhe chronique des bronches, très atténuée, sauf exception, dans la plupart des affections chroniques, elle peut prendre une assez grande acuité dans la tuberculose, où elle est attribuable le plus souvent à des poussées de pleurésie adhésive. Efficacement combattue quelquefois par des *saignées locales*, des *applications révulsives*, des *onctions analgésiantes*, la douleur réclame souvent des médications plus actives (*antipyrine, opium, injections de morphine*).

2° *Toux*. — La toux est un accident normal de presque toutes les affections des voies respiratoires; accident normal et nécessaire, car elle a pour effet de débarrasser les bronches des mucosités qui tendent à les encombrer. Aussi la toux qui aboutit à l'expulsion des crachats doit-elle être respectée; mais si elle n'est pas suivie d'expectoration, s'il s'agit d'une de ces toux sèches qu'on appelle *toux d'irritation*, comme on en voit dans la grippe, dans certaines laryngites, dans la tuberculose; si, par sa fréquence, elle fatigue le malade et provoque l'insomnie, il faut la combattre. Les moyens sont nombreux et d'une efficacité variable; j'indiquerai rapidement : les *fumigations émollientes*; les *inhalations* de substances anesthésiques; les *vaporisations* diverses, qui agissent peut-être autant par l'effet émollient et sédatif de la vapeur d'eau que par la vertu des médicaments incorporés à cette vapeur; les *injections intra-laryngées* ou *intra-trachéales* de certains liquides anesthésiants, comme le menthol; les médications internes basées sur l'emploi des *antispasmodiques*, bromure de potassium, valériane; des *narcotiques*, belladone, opium, etc.

Enfin, je rappellerai surtout que, la toux étant jusqu'à un certain point soumise à la volonté, le malade peut, dans beaucoup de cas, la discipliner et la modérer.

3° *Expectoration*. — L'expectoration, elle aussi, peut devenir la source de certaines indications. Si elle est trop rare, dans des affections où il y aurait intérêt à ce qu'elle fût plus abondante, comme dans la pneumonie, dans certains catarrhes bronchiques, est-il possible et est-il rationnel de la provoquer? La discussion de cette question exigerait des développements hors de proportion avec les limites de cet article. A mon avis, les médications dites expectorantes produisent des effets dérisoires ou nuls; en revanche, la plupart d'entre elles, les *antimoniaux* surtout, présentent des inconvénients très certains et très sérieux; on n'en usera donc qu'avec la plus grande circonspection.

L'abondance excessive de l'expectoration réclame souvent l'emploi des moyens qui, agissant sur la muqueuse bronchique, peuvent modifier ses sécrétions pathologiques: c'est, suivant les cas, le rôle des *balsamiques*, des *astringents*, des *sulfureux*.

Certains caractères de l'expectoration pourront exiger l'emploi de médications particulières: les hémoptysies devront être combattues par les *hémostatiques*: les expectorations fétides de la gangrène pulmonaire, des dilatations bronchiques réclameront l'usage de *désinfectants* (inhalations ou vaporisations de substances antiseptiques, et à l'intérieur, *térébenthine*, *hyposulfite de soude*).

4° *Dyspnée*. — De tous les troubles fonctionnels provoqués par les affections broncho-pulmonaires, la dyspnée est celui qui nécessite de la part du médecin le plus d'attention et le plus de sagacité. Les causes de la dyspnée sont, en effet, extrêmement variables, et le plus souvent elles sont complexes; de sorte qu'il est impossible de formuler, d'une manière générale, le traitement qui lui convient.

A. — Dans l'emphysème par exemple, la dyspnée est habituellement proportionnelle à l'étendue de la lésion. On la

combattez efficacement par les *préparations iodurées et arsenicales* et par les diverses pratiques de l'*aérophérapie*. Mais que, chez l'emphysémateux, le cœur vienne à se fatiguer et se laisse dilater, il en résulte une recrudescence de la dyspnée habituelle, ou plutôt une dyspnée nouvelle qui réclame un traitement tout à fait différent.

B. — Dans la première phase de l'accès d'asthme, la dyspnée est purement nerveuse; aussi est-elle souvent calmée par les médicaments *anti-asthmatiques*, *datura stramonium*, *belladone*, *pyridine*, *nitrite d'amyle*, *morphine*; mais bientôt la congestion bronchique et l'obstruction des canaux aériens par des mucosités viennent compliquer l'oppression nerveuse d'un élément mécanique qui ne peut pas être négligé.

C. — Dans la pneumonie, la gêne respiratoire est en rapport avec l'importance de la lésion, et elle est constante parce qu'il s'agit de la suppression complète et brusque d'une portion plus ou moins étendue du champ de l'hématose. Mais combien d'autres éléments viennent s'ajouter à celui-ci pour augmenter la dyspnée, et souvent aussi pour la défigurer! *Hyperthermie*, *asthénie des centres nerveux*, *asthénie cardiaque*, *insuffisance de la dépuración urinaire*, etc.; aussi le meilleur traitement de la dyspnée pneumonique est-il souvent celui des états infectieux graves, le *bain froid*.

D. — Chez les tuberculeux, les causes de dyspnée sont tellement multipliées qu'il est toujours nécessaire, avant de formuler un traitement, de se livrer à une exploration minutieuse, non seulement de toutes les régions des voies respiratoires, mais encore de tous les autres appareils. Les tuberculeux, en effet, outre les oppressions de cause locale, peuvent souffrir de dyspnées fébriles, de dyspnées cardiaques, de dyspnées rénales, de dyspnées gastriques, de dyspnées nerveuses, etc., et chacune de ces causes de dyspnée réclamera une médication appropriée.

E. — Dans certains cas enfin, la dyspnée est hors de proportions avec l'étendue des lésions et ne peut être mise sur le compte que d'une intoxication: c'est ce qui s'observe souvent

dans les bronchites albuminuriques. En pareil cas, le *lait* sera la médication de choix.

Ce ne sont là que des exemples qu'il serait facile de multiplier. J'ai voulu faire voir seulement que la constatation de la dyspnée n'emporte pas avec elle une intervention déterminée à l'avance. Chaque cas de dyspnée doit être étudié en lui-même; faute d'une analyse suffisante, le médecin ne peut se livrer qu'à une thérapeutique de hasard, laquelle risque souvent d'être irrationnelle et intempestive.

D. — INDICATIONS FOURNIES PAR LES TROUBLES FONCTIONNELS MÉDIATS

1° Toute affection broncho-pulmonaire de quelque importance et de quelque durée retentit presque nécessairement sur le *cœur* et amène une certaine gêne de la circulation générale. Peu appréciable dans les affections aiguës à évolution rapide, cette action est très manifeste dans les affections chroniques : le catarrhe chronique des bronches, l'emphysème, les scléroses pulmonaires aboutissent d'une manière naturelle à la dilatation des cavités droites et à l'asystolie. L'état du cœur constitue donc dans tous les cas une des indications capitales de la thérapeutique et nécessite une surveillance incessante. C'est à empêcher ces redoutables complications de se produire que se borne souvent le rôle du médecin : le *repos*, la *dérivation intestinale*, les *diurétiques*, les *toniques du cœur*, digitale, spartéine, caféine, font les frais de cette médication préventive.

2° Les tuberculeux, eux aussi, peuvent présenter des complications cardiaques et ces dernières entraînent la mort beaucoup plus souvent qu'on ne le croit : dans les périodes avancées de la phtisie chronique, le cœur affaibli par la cachexie se laisse facilement forcer par les quintes de toux : c'est à cela qu'il faut attribuer la plupart des œdèmes, dits cachectiques, des phtisiques. Malheureusement ici, la thérapeutique est impuissante et les médications toni-cardiaques qui s'imposent logiquement ne produisent que des résultats insuffisants.

3° D'autres troubles fonctionnels médiats peuvent se manifester au cours des affections des organes thoraciques : je citerai comme exemples ceux qui dépendent du refoulement du cœur ou du foie par des épanchements pleurétiques, de la compression de certains vaisseaux ou de certains nerfs par des tumeurs, des ganglions trachéo-bronchiques, etc., etc., On comprend que chacun de ces accidents mérite d'être traité d'une façon spéciale; mais ce n'est pas ici que le détail de ces médications éventuelles peut trouver place.

E. — INDICATIONS FOURNIES PAR LES AUTRES LOCALISATIONS MORBIDES ET PAR L'ÉTAT GÉNÉRAL

Les affections des voies respiratoires ne sont souvent que des localisations d'une maladie générale; celle-ci peut frapper en même temps d'autres organes ou d'autres appareils et créer par elle-même un certain nombre de troubles généraux sur lesquels se mesure d'habitude son degré de gravité. Ces troubles généraux, ces localisations viscérales secondaires, doivent être pris en considération pour le choix du traitement. Je prends encore des exemples pour me faire comprendre.

La pneumonie n'est pas seulement une affection locale du poumon; elle est l'expression d'une maladie infectieuse, pneumococcique, laquelle se manifeste par d'autres localisations inflammatoires ou congestives sur le rein (albuminurie), sur l'intestin (diarrhée), sur les centres nerveux (hyperthermie, délire, ataxo-adyndamie), sur le cœur (arythmie, tachycardie, embryocardie), etc., etc. Quand ces symptômes prennent assez d'importance pour révéler un état infectieux grave, l'orientation de la thérapeutique s'en trouve modifiée : la lésion locale passe au second plan et l'état général devient l'unique source des indications. C'est dans les cas de ce genre que la *balnéation froide* s'impose comme le traitement héroïque, sans qu'il soit permis de perdre un temps précieux à se démontrer une fois de plus l'inefficacité de la quinine ou de la digitale. Dans la pneumonie dite infectieuse, comme

dans les formes malignes de la fièvre typhoïde, de la rougeole, de la scarlatine, le bain froid combat l'infection, sinon dans sa source, du moins dans ses manifestations les plus redoutables.

Si ces troubles généraux ne sont pas assez accusés pour rendre la balnéation obligatoire, leur constatation n'en est pas moins importante à faire, en ce qu'elle doit tenir en garde contre l'emploi de certains moyens thérapeutiques. Il est évident, par exemple, que les vésicatoires à la cantharide, qui d'ailleurs sont à éviter au cours de la pneumonie, sont tout à fait contre-indiqués s'il existe de l'albuminurie; que le moindre symptôme d'asthénie cardiaque suffit pour faire proscrire absolument l'usage du kermès, du tartre stibié, etc.

Il en est de même lorsqu'il s'agit des affections chroniques de nature infectieuse, de la tuberculose, par exemple. Le traitement d'un phtisique n'est possible qu'à la condition que l'on ait déterminé avec précision les diverses localisations de la maladie et aussi l'effet produit par celle-ci sur l'état général et sur le fonctionnement des divers organes : un tuberculeux dyspeptique ne doit pas être soigné comme un tuberculeux qui digère bien; tel malade affecté de tachycardie devra être condamné au repos absolu, alors qu'on conseillera à un autre de se livrer à un exercice régulier; les vomissements, la diarrhée, empêchent d'employer des médicaments qui, dans d'autres circonstances, constitueraient le traitement de choix; la fièvre nécessite des médications particulières et crée des impossibilités thérapeutiques regrettables; le choix du climat ou des cures thermales ne dépend pas du tout du siège ou de l'étendue de la lésion, il est dicté par l'état général du malade et par son mode de réaction.

On voit par ces quelques exemples que, si la thérapeutique peut et doit se préoccuper de l'affection locale, elle ne doit se désintéresser d'aucun des autres éléments de la maladie; bien plus, dans beaucoup de cas, ce sont ces éléments qui créent les indications les plus impérieuses ou qui constituent des contre-indications absolument formelles.

F. — INDICATIONS FOURNIES PAR L'ÉTUDE  
DU MALADE LUI-MÊME

Il ne peut rien y avoir dans ce chapitre qui soit spécial aux maladies des voies respiratoires. Quel que soit l'organe atteint et quelle que soit l'affection en cause, l'étude du malade fournit des éléments d'information sans lesquels tout traitement serait impossible.

1° L'âge doit être pris en considération, non seulement pour le dosage et pour le mode d'administration des médicaments, mais encore pour le choix des médications : chez les enfants en bas âge, les *saignées* doivent être proscrites; certaines substances ne peuvent être employées qu'avec une extrême réserve, par exemple l'*opium*, le *tartre stibié*; au contraire, ils semblent tolérer admirablement la *belladone*, et l'*ipécacuanha* à dose vomitive les fatigue beaucoup moins que les adultes. Chez les vieillards, on se rappellera que, même en l'absence de lésions organiques appréciables, les fonctions d'émonction sont ordinairement ralenties et diminuées; on devra donc se tenir en garde contre le danger de l'accumulation des substances toxiques.

2° Quel que soit l'âge du malade, il faut tâcher de se rendre compte de son degré de vigueur, de son état ordinaire de santé, en un mot de la manière dont il pourra supporter, d'une part, la maladie, de l'autre, le traitement. Ces notions se déduisent dans une certaine mesure, à défaut de la connaissance préalable du sujet, de son facies, de sa stature, de son embonpoint, etc. Il faut noter aussi avec soin ses *antécédents héréditaires et personnels*, enfin ses habitudes hygiéniques et les diverses causes d'intoxication auxquelles il a pu être soumis : on sait, par exemple, que l'*alcoolisme* a une énorme importance au point de vue du pronostic des affections aiguës du poumon; cette importance n'est pas moins grande au point de vue du traitement à instituer.