

IV

Résumé du traitement.

Les moyens que nous venons d'indiquer sont fort nombreux, mais n'ont point tous la même valeur. S'il fallait schématiser en quelque sorte le traitement d'un malade atteint de gangrène des extrémités bronchiques, nous le ferions de la façon suivante :

1° La maladie, avons-nous souvent répété, est constituée en somme par un processus septique et gangréneux se passant dans des bronches le plus ordinairement dilatées. Nous lutterons contre ce processus de deux façons. A. — Par des *inhalations d'eucalyptol, d'acide phénique, de thymol*; nous agirons en quelque sorte directement sur les points malades. B. — Une voie plus détournée nous sera fournie par l'administration à l'intérieur de la *térébenthine* ou de la *terpine*.

2° L'accumulation des sécrétions bronchiques aggrave la maladie, l'entretient pour ainsi dire. Il convient de faciliter l'expulsion de ces sécrétions par de petites doses de *kermès* ou d'*ipéca*.

3° Enfin, l'état général du malade a besoin d'être soigné. On prescrira une *hygiène* appropriée unie à des *toniques* divers.

Donc: inhalations d'eucalyptol, d'acide phénique ou de thymol, administration à l'intérieur de térébenthine ou de terpine, petites doses de temps en temps de kermès ou d'ipéca, hygiène convenable, quelques toniques, tels sont les moyens qui nous paraissent les plus propres à guérir ou à améliorer la gangrène des extrémités bronchiques.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT DE L'ASTHME

PAR

ERNEST BARIÉ

Médecin de l'hôpital Tenon.

I

Considérations générales.

L'asthme est une affection caractérisée par des accès paroxystiques de dyspnée, survenant à des intervalles variables, pendant la nuit de préférence, et dans l'intervalle desquels la santé reste bonne, du moins pendant les premiers temps. On l'observe de préférence chez les hommes et surtout à l'âge adulte, mais les enfants peuvent aussi y être sujets; on l'a même rencontré chez certains d'entre eux âgés de moins de trois mois.

Les causes prédisposantes de l'asthme sont extrêmement nombreuses : l'influence de l'hérédité, ou mieux celle de certains états diathésiques se transformant tour à tour parmi les membres d'une même famille, n'est pas niable, quoi qu'on en ait dit. C'est ainsi qu'on verra un goutteux, un rhumatisant, un eczémateux, un migraineux, un graveleux du foie ou du rein, un hémorroïdaire, etc., engendrer un asthmatique et réciproquement. L'influence des saisons, du climat, des variations atmosphériques, de l'altitude, est connue depuis long-

temps ; il en est de même de certaines vapeurs, odeurs ou poussières (odeur de l'ipéca, de la graisse qui brûle, d'un bouquet de fleurs, etc., poussières végétales, cribleurs de blé, cardeurs de matelas, etc.).

Les troubles digestifs, les écarts de régime, les exercices violents, les excitations vives, sont des causes occasionnelles si fréquentes qu'on les rencontre chez presque tous les malades.

Cette multiplicité des causes de l'asthme n'est pas une des moindres difficultés lorsqu'on cherche, comme nous le dirons plus loin, à préciser les moyens prophylactiques propres à empêcher, ou tout au moins à diminuer la fréquence et l'intensité des accès ; et ce qui rend encore la tâche du médecin plus malaisée à ce sujet, c'est que les causes, en apparence les plus opposées, sont capables de produire des accès d'asthme. Tel malade asthmatique prend un accès quand il séjourne dans un endroit bas et marécageux, alors qu'un autre sujet, asthmatique comme lui, ne sera point influencé par le même séjour. Un malade observé par Graves était pris d'un violent accès au milieu de la fumée que produisait une cheminée qui tirait mal, alors qu'un autre asthmatique s'y trouvait fort à l'aise ; chez un autre malade, l'accès éclatait dès qu'il régnait dans la chambre une lumière trop vive ; au contraire, un autre asthmatique commençait à étouffer dès qu'il se trouvait dans l'obscurité, etc. ; on multiplierait ces exemples à l'infini.

Quelle que soit d'ailleurs la cause génératrice de l'accès d'asthme, celui-ci est généralement précédé de troubles divers, véritables avant-coureurs de l'accès qui va éclater dans la nuit prochaine. Ces troubles, variables suivant les malades, portent le plus souvent sur le tube digestif : ce sont des bâillements, du météorisme, un peu de gastralgie, etc. ; d'autres fois, ils consistent en courbature, céphalalgie, légère tendance au sommeil, etc. Le malade cependant se couche sans autre incident, lorsque, dans la nuit, vers une heure après minuit, il est réveillé par quelques légers accidents prodromiques : des sen-

sations douloureuses le long des jambes, au niveau du testicule, ou encore par un prurit sternal très accentué ; enfin l'accès éclate dans toute sa violence.

Le malade, en proie à une dyspnée extrême, s'assoit brusquement sur son lit, se tourne en tous les sens, faisant de larges efforts inspiratoires ; mais ne se trouvant point soulagé, il se lève, marche dans sa chambre, s'assied, puis va à la fenêtre, l'ouvre et aspire largement l'air frais de la nuit, qui le calme un moment. Mais le soulagement ne dure pas, et le malade, en proie à une dyspnée croissante, les narines dilatées, la bouche largement ouverte, la face cyanosée et couverte de sueur, penche le corps en avant et s'appuie par les mains sur un meuble, sur le dossier d'une chaise, pour mettre en jeu tous les muscles inspirateurs : les sterno-mastoïdiens, le trapèze, les deux pectoraux, etc. A ce moment, la suffocation semble imminente et le malade éprouve une angoisse véritablement indescriptible ; pendant ce paroxysme, on perçoit à l'auscultation des râles sibilants et des rhonchus occupant toute la hauteur du thorax ; c'est, à proprement parler, un véritable bruit de tempête remplissant la cavité thoracique tout entière ; de plus, le malade pousse une sorte de sifflement sonore, extrêmement bruyant, perçu par l'entourage, entremêlé parfois d'une petite toux fatigante.

Cependant, l'accès va bientôt entrer dans la période de déclin : la toux devient plus grasse, le sifflement respiratoire diminue, et au bout de deux ou trois quintes de toux, le malade expectore des crachats visqueux, grisâtres, crachats perlés de Laënnec, qui constituent le phénomène critique qui va juger l'accès, dont la durée moyenne a été de deux à trois heures. Enfin, au matin, le malade est entièrement calmé ; mais le plus souvent, durant les deux ou trois nuits suivantes, il se produit un retour des mêmes accidents, mais allant en s'atténuant de plus en plus. Le malade entre alors dans une période de calme ; les accès peuvent se renouveler tous les quinze jours, tous les trois mois, etc. Dans les premiers temps, durant l'intervalle des accès, la santé générale reste

excellente; mais plus tard elle devient précaire, plutôt par le fait des complications habituelles de la maladie : emphysème, troubles cardiaques, etc., que de l'asthme lui-même.

Tels sont, en quelques mots, les caractères habituels de l'accès d'asthme.

Malgré l'intensité des accidents qu'on observe durant le paroxysme de ses accès, l'asthme ne met pas la vie du malade en danger; bien plus, pour la croyance populaire, c'est une sorte de brevet de longévité. Cependant, si les accès peuvent diminuer de fréquence et d'intensité, si même, sous l'influence d'un changement de climat ou de renoncement à certaines habitudes, on a pu noter une disparition presque totale des accès, il n'en est pas moins vrai que, dans la très grande majorité des cas, on ne guérit pas l'asthme. Ce n'est point à dire pour cela que le médecin reste impuissant en face de la maladie et que son rôle soit absolument inactif; tout au contraire, et le praticien qui aura rempli avec soin toutes les indications thérapeutiques, complexes et variées, de cette affection, rendra à son malade d'inappréciables services.

Les indications thérapeutiques que l'asthme présente sont multiples : la plus pressante est de calmer au plus vite la violente oppression qui caractérise l'accès; en second lieu, de rechercher les moyens capables de prévenir le retour, ou tout au moins d'atténuer la fréquence et l'intensité de nouveaux accès; enfin, de traiter certaines affections qui compliquent l'asthme assez fréquemment. Nous aurons donc à étudier :

- 1° Le traitement de l'accès d'asthme;
- 2° Le traitement de la période intercalaire aux accès;
- 3° Le traitement des complications.

II

Traitements de l'accès d'asthme.

A. — DES DIVERSES MÉDICATIONS PROPOSÉES

1° De nombreux moyens ont été proposés dans ce but; le meilleur et le plus rapidement actif est la *morphine*. On choisira de préférence le chlorhydrate de morphine, donné sous forme d'injections hypodermiques. Celles-ci peuvent être dosées de différentes façons : au centième, au cinquantième, au vingt-cinquième, qui représente la limite de solubilité. La plus commode est la solution au cinquantième. On la préparera avec de l'eau distillée simple, ou, suivant l'habitude d'un grand nombre de médecins, avec de l'eau distillée de *laurier-cerise*, qui s'oppose peut-être davantage au développement de mucé-dinées dans la solution. On formulera :

℥ Eau distillée de laurier-cerise 50 grammes.
Chlorhydrate de morphine 1 —

F. s. a. Solution.

La seringue de Pravaz tout entière, qui contient 1 gramme de liquide, renferme 0^{gr},02 de chlorhydrate de morphine.

Au début, chez les asthmatiques de date récente, il pourra suffire d'injecter seulement le quart de la seringue, c'est-à-dire 0^{gr},005 de chlorhydrate de morphine; mais cette dose ne tardera pas à devenir insuffisante, et le plus souvent, il faudra injecter d'emblée une demi-seringue, soit 0^{gr},01 de morphine. Chez les asthmatiques de longue date, cette dernière dose est d'ailleurs presque toujours inefficace et a besoin d'être renouvelée une ou deux fois au moins pour triompher de l'accès; dans ce cas, l'injection ne devra pas être faite d'emblée à dose massive, mais par intervalles, et chaque fois par dose de 0^{gr},01 de substance active.

Quelques malades supportent mal la morphine et sont pris rapidement de vomissements, au début même de l'injection; on se trouvera bien dans ce cas d'associer la morphine et