

une diarrhée très abondante, évidemment rhumatismale, et qui est à l'intestin de ce malade ce qu'est la sueur à la peau de certains autres rhumatisants.

Dans la prochaine leçon, je vous dirai ce qu'il adviendra de ce malade et de sa maladie.

TRENTE-TROISIÈME LEÇON

Pneumonie rhumatismale. — Que la lésion est loin d'être la maladie. — Pneumonie bilieuse. — Pneumonie adynamique. — Triomphe de l'expectation quand la fièvre est légère. — Pneumoniques de l'hôpital et de la ville, de la ville et de la campagne, du Nord et du Midi.

MESSIEURS,

Depuis quarante-huit heures que je ne vous ai parlé de lui, notre malade du n° 19 a passé par les plus étranges péripéties. Dans le cours de la journée d'hier, il a été pris de frisson; puis la fièvre est devenue intense et a été accompagnée d'une dyspnée qui s'expliquait par une plus grande abondance de l'épanchement.

Je vous ai dit déjà que ce malade avait eu une congestion rhumatismale du poumon, laquelle avait un instant compromis son existence: vous avez vu là un beau résultat de la saignée et des ventouses opportunément appliquées, et je vous ai à ce sujet engagés à mettre de côté les idées préconçues et les traitements systématiques.

Vous savez que nous n'obtenons de ce malade des renseignements que par lambeaux; en voici de nouveaux qu'il nous a fournis sur sa vie morbide depuis deux mois. Il a eu, au début de ces deux mois, une première pneumonie pour laquelle il est entré à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Bernutz. Cette pneumonie, vraisemblablement déjà de nature rhumatismale, n'eut qu'une courte durée, et au bout de quinze jours à peine le malade partait en convalescence à Vincennes. Là, il fut pris d'un rhumatisme articulaire qui porta sur les articulations des membres inférieurs. Retourné chez lui, sans doute prématurément, il fut repris d'un rhumatisme subaigu pour lequel il entra à l'hôpital Beaujon. Sorti encore trop vite de ce dernier asile, il

nous vint avec cette congestion redoutable qui mit sa vie en péril, et qui aujourd'hui lui laisse la pneumonie et la pleurésie que vous savez.

Enfin, hier soir, mon chef de clinique lui a trouvé le bruit de souffle de l'endocardite, et a fait appliquer un vésicatoire sur la région du cœur. Ce matin, ce bruit de souffle n'est presque plus perceptible; mais on entend un bruit plus superficiel, qui dénote l'existence d'une lésion commençante du péricarde.

C'est donc bien là une de ces pneumonies rhumatismales que nient certains auteurs, que d'autres admettent au contraire. Suivant ceux-ci, cette pneumonie a pour caractères principaux: sa courte durée; sa tendance à passer sans cesse d'un endroit à l'autre, et son peu de danger. Vous voyez ce qu'il faut penser de ce dernier point, et combien il importe de ne pas trop généraliser; il est vrai qu'elle dure ordinairement peu; qu'elle n'est que congestive, et non exsudative ou fibrineuse; qu'elle s'arrête en un mot à la période d'engouement. Mais il n'en est pas moins certain que la congestion péripleurique peut se généraliser, et devenir subitement périlleuse en entravant brusquement le champ de l'hématose. Votre pronostic doit donc être réservé; car si au point de vue anatomique la lésion est insignifiante, au point de vue de l'extension possible le péril peut être parfois excessif. Vous voyez aussi combien la vie d'un rhumatisant peut être étrangement accidentée.

Actuellement, l'épanchement de notre malade s'élève jusqu'au bord spinal de l'omoplate, où l'on entend de l'égophonie; sous l'aisselle, on perçoit de la broncho-égophonie, et enfin, au voisinage du mamelon, de la bronchophonie: il n'y a donc pas eu seulement de la congestion pulmonaire, mais de la pneumonie, avec un noyau d'hépatisation. Tout à fait en avant et au sommet, on obtient par la percussion le son skodique type; un peu plus bas, de la matité correspond à des râles sous crépitants, signes de la congestion péripleurique. Ainsi, il y a toujours de la pneumonie, ici exsudative, là congestive seulement, avec une pleurésie concomitante ayant déterminé un épanchement assez considérable.

Indépendamment du vésicatoire prescrit hier par M. Duguet,

on a largement badigeonné la partie postérieure de la poitrine à la teinture d'iode. Voilà pour la lésion; pour traiter l'état général, j'ai continué l'usage du sulfate de quinine; j'ai fait prendre enfin, pour faciliter la disparition de l'épanchement, du chien-dent miellé nitré et un julep à l'oxymel scillitique.

Eh bien! messieurs, je vous disais dans notre dernière séance de ne pas généraliser le traitement et de faire un peu ce que faisaient les anciens, qui, bien ignorants de la lésion, s'occupaient de la fièvre concomitante, de l'état inflammatoire, bilieux ou nerveux. Actuellement, au contraire, c'est de la lésion surtout qu'on se préoccupe.

La question est précisément de savoir si c'est un bien. Voyez-vous, nous vivons trop sur cet apophthegme de Bichat: « Qu'est l'observation si l'on ignore le siège de la maladie? » Si cette proposition d'un jeune homme de génie, qui l'aurait sans doute modifiée s'il eût vécu davantage, nous a fait faire les plus magnifiques découvertes en anatomie pathologique et en séméiotique, on peut dire qu'elle nous a éloignés de plus en plus de la thérapeutique. En effet, je ne crains pas d'émettre ce qui va vous paraître d'abord le plus étrange des paradoxes: dans la plupart des maladies, loin d'impliquer l'idée de traitement, la notion de la lésion implique l'idée contraire; et par cette toute simple raison que nous n'avons le plus souvent aucun moyen direct d'agir contre la lésion; je dis la plus spécifique. C'est par l'intermédiaire d'un traitement général, par exemple, que l'on arrive à guérir la lésion quelle qu'elle soit de la syphilis, la lésion quelle qu'elle soit de la goutte.

Pour certains organiciens, ontologistes en ce sens, il n'y a pas de maladies, il y a des maladies, et la maladie consiste en la lésion d'un organe, autour duquel s'en groupent d'autres qui seraient absolument sains: ainsi dans la pneumonie, maladie pour eux des plus ontologiques, il y a tant de centimètres cubes d'un poumon atteints d'une lésion dont on peut maintenant dire au juste le degré pathologique, et c'est là tout. C'est au moins tout ce que peut leur apprendre la lésion. Combien grande est l'erreur! Tout est malade chez le pneumonique: le poumon est assurément lésé d'une façon matérielle, mais l'organisme est en totalité

troublé fonctionnellement. Et la lésion est si peu la maladie tout entière, que tel individu est malade au point d'en mourir avec une lésion pneumonique des plus restreintes, alors que tel autre supportera vaillamment une lésion géométriquement double ou triple en étendue. C'est affaire de vigueur primitive, ou de force actuelle de l'organisme; en d'autres termes, la maladie est bien plus dans l'état général, dans l'ensemble des symptômes, dans la *fièvre concomitante*, que dans les troubles fonctionnels produits par la lésion.

Pour moi, la LÉSION est à la MATIÈRE ce que les SYMPTÔMES sont aux FORCES — un effet de la maladie. L'anatomie pathologique l'a bien compris, puisqu'elle s'occupe des PRODUITS morbides. On ne guérit pas un produit; on ne s'attaque pas à un effet.

La pneumonie est une maladie de tout l'organisme avec altération locale du poumon: ce qu'il faut traiter, c'est l'état général; c'est la *fièvre concomitante* (1). Il faut donc agir de telle façon avec une pneumonie *inflammatoire* ou franche, de telle autre avec une pneumonie *bilieuse*, de telle autre encore avec une pneumonie *adynamique*; j'en veux pour exemple le malade du n° 50, atteint de pneumonie adynamique, et le malade du n° 34, atteint de pneumonie bilieuse.

Quant à la lésion du poumon, ce que nous pouvons directement contre elle est peu de chose: tout au plus quelque saignée locale pour diminuer la douleur et anémier le parenchyme du poumon.

Tel malade a, je suppose, une portion de son poumon à l'état d'hépatisation rouge. A ce malade nous donnons du tartre stibié. — « Tartre stibié, que me veux-tu? » — Quel rapport, en effet, je vous le demande, peut-il y avoir entre la molécule de tartre stibié et la molécule de fibrine infiltrée? Envisagée de la sorte, une telle médication n'est-elle pas des plus insensées? Et cepen-

(1) En pleine Faculté parisienne, parlant au nom de cette Faculté — en plein triomphe de l'organicisme, de l'organicisme intolérant comme tout ce qui est vulgaire, j'ai dit (c'était en 1869) que la pneumonie était la « localisation d'une fièvre » (voir déjà plus haut, p. 731, 732 et 754, d'une part; et plus loin, p. 778, d'autre part). Or, cette doctrine, qui tend à prévaloir en 1880 à Paris, s'y abrite du pavillon allemand! c'est à Jürgensen qu'on attribue l'honneur de la réaction. Et toujours parce que « Nul n'est prophète en son pays. » (Voir d'ailleurs, plus haut, p. 557, la même doctrine de la *fièvre génératrice* exprimée à propos de la pleurésie.)

dant elle a réussi; elle a réussi entre les mains d'un grand médecin, de Rasori, non pas parce qu'il y a lutte entre l'émétique et le tissu hépatisé, mais parce que cet émétique absorbé produit un effet général qui est une dépression profonde des forces, une tendance syncopale, une diminution du calibre des vaisseaux, et, par suite, une anémie du poumon.

Mais vous employez, au contraire, un moyen en apparence bien différent: c'est une saignée que vous pratiquez. Espérez-vous ainsi soutirer la fibrine du poumon et prévenir l'hépatisation de celui-ci? Ce raisonnement de « bonne femme », je ne vous le prêterai pas. Et cependant la saignée produit un soulagement aussi rapide que considérable. Que s'est-il donc passé? Quoi? sinon que le malade a éprouvé une sensation de dépression qui pour quelques-uns peut aller jusqu'à la lipothymie ou à la syncope. Il y a eu, comme tout à l'heure par le fait du tartre stibié, diminution du calibre des vaisseaux, pâleur de la peau et des extrémités; et puisqu'il n'y a pas de raison pour que ce qui a lieu dans le département de l'aorte ne s'effectue pas dans celui de l'artère pulmonaire, il y a probablement aussi pâleur du poumon et pâleur de la lésion. Ainsi, très indirectement, par la saignée comme par l'émétique, on a fait du bien au poumon malade; mais sans avoir pris souci de la lésion, dont on pourrait à la rigueur ignorer l'existence.

On a traité du même coup l'organisme et l'organe — modifié l'état inflammatoire et la lésion qu'il avait produite; mais cette médication n'est précisément valable qu'au cas de pneumonie franche ou inflammatoire; il s'en faut bien qu'elle réussisse de même lorsqu'il y a état bilieux ou adynamique. Dans ce cas la médication doit être autre, et c'est ce que nous allons voir à propos des malades du n° 34 et du n° 50.

Le premier de ces malades est entré à l'hôpital avec une pneumonie dont je vais vous retracer rapidement l'histoire. Il y a eu mardi huit jours, il a été pris dans l'après-midi de frissons accompagnés d'un certain malaise qui l'empêche de dîner le soir; remarquez bien ce point: *il ne dîne pas*. Il passe une nuit assez maussade; puis le lendemain matin il se met à vomir. Il ne vomit pas d'aliments, puisque nous remarquons qu'il n'a pas mangé

depuis près de vingt-quatre heures. Ce n'est donc pas là ce qui se passe assez souvent au début des pneumonies; ce ne sont pas ces vomissements de matières alimentaires que signalent les auteurs, et qui ne sont autre chose que des *indigestions*, le travail digestif étant brusquement suspendu par la fièvre péripneumonique. Celui-ci, au contraire, qui n'a pas mangé, vomit de la bile; il a une anorexie absolue, la bouche amère et pâteuse, et déjà un état subictérique que lui font remarquer ses voisins. Bientôt il présente les signes habituels de la pneumonie, dyspnée, point de côté à droite, etc.; je n'ai pas besoin d'insister.

Le jeudi, il a de la céphalalgie, et la douleur du côté droit s'étend et devient gravative; enfin il expectore quelques crachats péripneumoniques. Il entre chez nous le lundi dans la journée, et c'est le mardi matin seulement que je le vois dans l'état suivant :

Sa figure est jaune, de la teinte que vous lui pouvez voir encore aujourd'hui; la conjonctive présente également une teinte jaune, qui, à l'heure qu'il est, a presque disparu. Sa langue est très sale, et recouverte d'un enduit limoneux. Il éprouve une céphalalgie continue, une vive douleur à l'épigastre; l'hypochondre droit est également douloureux, en même temps que persiste à la base de la poitrine le point de côté caractéristique de la pneumonie. Il y a 116 pulsations à la minute, et ce matin une température de 39°,7 (bien près de 40 degrés), ce qui est une température très élevée. D'ailleurs, la peau est chaude et sèche: notez bien ce dernier point.

Voilà pour l'état général; voyons maintenant l'état local. En arrière, du côté droit, au niveau du lobe moyen, nous trouvons de la matité à la percussion; à l'auscultation, une crépitation circonscrite, et, au centre de cette crépitation, un souffle d'une grande intensité, ainsi qu'une bronchophonie bien évidente. De plus, sur un point assez circonscrit, à la base, on trouve encore de la matité et tous les signes de la pleurésie de voisinage. Cet homme avait donc une pneumonie: rien n'était moins douteux; et le diagnostic s'autorisait encore de quatre ou cinq crachats rouillés, visqueux, un peu aérés, que le malade avait expectorés depuis la veille au soir.

Eh bien! c'était là ce qu'on aurait appelé autrefois une *fièvre*

bilieuse péripneumonique, ce qu'on appelle aujourd'hui une *pneumonie bilieuse*. Or, il y avait deux choses à considérer: d'une part, le poumon envahi par la phlegmasie; d'autre part, l'état général. Était-ce sur le point phlegmasié qu'il fallait diriger nos engins thérapeutiques? Était-ce, au contraire, à l'état général qu'il fallait s'adresser? Je pensai que ce dernier parti était le meilleur.

Voici donc, me plaçant à ce dernier point de vue, la médication que j'instituai, et qui ne date pas d'hier. Pour combattre l'état général, j'ordonnai un vomitif: ipéca, 1 gramme; tartre stibié, 10 centigrammes, à prendre en trois doses. Puis, pour remédier aux vives douleurs qu'éprouvait le malade, je fis appliquer quelques ventouses scarifiées sur le point douloureux.

L'application des ventouses fut faite en premier lieu et amena une certaine diminution de la souffrance. A trois heures de l'après-midi, on administra le vomitif, qui produisit son effet dans le courant de la soirée, et voici quels en furent les résultats: cet homme, qui, depuis le commencement de sa maladie, avait perdu le sommeil, dormit toute sa nuit; cet homme, dont la peau était sèche, fut pris de sueurs à ce point abondantes, que le matin, à son réveil, il fallut le changer de linge; de sorte qu'au moment de notre visite nous le trouvâmes dans l'état suivant: la figure était souriante, la langue nettoyée, l'appétit revenu; aussi son premier mot fut-il de nous demander à manger; il n'y avait plus de douleur, ni à l'épigastre, ni à l'hypochondre. En d'autres termes, tous les symptômes gastriques avaient disparu, et le bien-être était tel, que le malade se croyait presque complètement guéri.

Mais avec tout cela qu'était donc devenue la lésion? Eh bien! messieurs, la lésion était un peu plus considérable que la veille, et sa détermination topographique était en contradiction absolue avec l'amélioration de l'état général. La matité était, en effet, plus étendue, et il en était de même du souffle. Cependant je crus ne devoir instituer aucun traitement contre l'état local; je n'ordonnai pas même de kermès. Je considérai le malade comme guéri, bien que la température fût encore de 39 degrés.

En effet, vingt-quatre heures plus tard, c'est-à-dire ce matin, la température est tombée à 37 degrés.

Ce fait prouverait une fois de plus, s'il en était besoin, que la lésion n'est pas la maladie.

Voici maintenant le fait du malade du n° 50; — il s'en faut bien que le cas soit semblable. La première chose que je remarquai en l'examinant fut qu'il avait le pouls dicrote; puis je fus frappé de son aspect, qui me fit dire aussitôt qu'il avait la figure d'un pneumonique, et j'ajoutai, en raison du dicrotisme du pouls qui accusait l'adynamie, que ce pourrait bien être une pneumonie du sommet. Alors vous m'avez vu percuter tout d'abord les sommets. En avant, je ne trouvai rien qu'un peu de matité au niveau de la clavicule du côté droit. En arrière, de ce même côté, je trouvai une matité considérable et un souffle intense : c'était bien là ce que je craignais.

Je vous ai dit déjà que la pneumonie du sommet se rencontrait le plus habituellement chez les vieillards ou chez des individus débilités; et que c'était là la cause de sa gravité. Or, cet homme de quarante-neuf ans est en réalité un vieil homme. Terrassier de son état, gagnant 3 francs par jour, et exposé à de fréquents chômages, il supporte les conséquences d'un état social misérable et a l'hygiène la plus déplorable. « Machine mal entretenue s'use vite; » aussi son organisme est-il celui d'un vieux; l'âge réel est bien celui que l'on paraît avoir et non celui de l'extrait de naissance.

Le cas me parut des plus graves. Pour lui aussi, comme pour son compagnon de malheur du n° 34, j'instituai le traitement de l'état général, mais non pas avec le même succès. J'ordonnai du vin, des bouillons, du café enfin, pour relever cet organisme affaibli; mais tout cela ne fut pris qu'avec répugnance, par cuillerées seulement, et l'effet produit fut à peu près nul. Aussi voilà qu'hier soir M. Quartier a constaté des irrégularités du pouls à raison de 4 par quart de minute, alors que la température n'était pas extraordinairement élevée : elle était de 39°,6; ce qui n'est pas redoutable comme les 41 degrés que provoquent certaines pneumonies. Ce matin, c'est bien autre chose. La prostration est absolue, à ce point que le malade n'a pas la force de se mettre

sur son séant, et qu'on est obligé de l'y asseoir pour l'ausculter. Le pouls, toujours irrégulier, est le plus misérable qu'on puisse supposer. Il n'a pas de délire, mais il associe difficilement ses idées, et ne répond qu'à grand'peine aux questions qu'on lui fait. C'est donc un homme qui va mourir, avec une lésion bien plus circonscrite que son camarade du n° 34; il va mourir et je n'y puis rien. La lésion est géométriquement restée la même, la maladie continuant ses progrès; mais ce n'est pas là un état bilieux dans lequel je puisse agir en débarrassant le tube digestif. Je ne sais où m'adresser chez ce malheureux; je ne puis m'appuyer sur l'estomac, qui refuse jusqu'au vin que je lui ai fait donner, parce qu'il le pouvait absorber sans travail. Cet homme va mourir, et mourir de partout, mais non par son poumon seulement.

Je ne suis pas toujours aussi malheureux, mais c'est surtout quand la nature s'y prête, et alors on ne me voit guère batailler. Tout comme un autre, en effet, je sais pratiquer la facile méthode de l'expectation.

Nous avons eu, au n° 3 de la salle Saint-Paul, un individu atteint d'une lésion peu grave des voies respiratoires, pour tout dire en un mot, d'une pneumonie. Cette pneumonie, aussi légère que possible, a présenté les caractères que je vais vous dire :

Le 15 mai, cet homme s'est refroidi; puis il a été pris dans la nuit d'un point de côté avec dyspnée, toux, etc. Il entre chez nous le 20 mai, c'est-à-dire cinq jours après le début de sa maladie, et le soir même de son entrée il présentait une température de 38°,4 avec 80 pulsations. C'était donc bien une phlegmasie fébrile des poumons, caractérisée non pas seulement par des phénomènes subjectifs, mais bien aussi par des phénomènes objectifs : crépitation dans l'aisselle, submatité au même niveau, crachats visqueux en assez grande abondance, etc.

Je ne vis ce malade que le lendemain matin; il présentait les mêmes symptômes que la veille au soir. Seulement la température était à 38°,4 et le pouls à 72. Eh bien ! ces cas-là, messieurs, sont le triomphe de l'expectation que je me suis mis en devoir de pratiquer ici. J'ai solennellement ordonné un sinapisme contre le point de côté, un julep gommeux contre la toux; et rien autre chose.