

XXXVI. -- TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE.

De la pneumonie franche exempte de toute complication. — La médecine expectante. — Les émissions sanguines locales et générales. — Les vésicatoires. — Les préparations antimoniales, et principalement le kermès, donnés à haute dose selon la méthode de Rasori.

MESSIEURS,

Il est assurément, dans les différents hôpitaux que vous fréquentez, peu de services où l'on emploie les émissions sanguines générales ou locales aussi sobrement que dans le nôtre. C'est qu'en effet la nécessité, l'utilité même de cette médication, sont loin de me paraître aussi clairement démontrées, quant à présent, qu'elles semblent l'être à la plupart des médecins aux yeux desquels nier l'influence des saignées dans les phlegmasies pulmonaires serait presque nier l'évidence.

Même dans la pneumonie, maladie qui, selon les idées reçues, commanderait plus que toute autre les émissions sanguines, vous m'entendez bien rarement les prescrire. Si, en quelques circonstances, j'y ai recours, parce qu'elles me paraissent indiquées en vue de certaines complications plutôt que pour combattre l'élément inflammatoire ordinaire de la fluxion de poitrine, ces circonstances sont trop exceptionnelles pour infirmer en rien la règle de conduite que je me suis tracée déjà depuis un grand nombre d'années.

Cette pratique, messieurs, diffère tant de celle qui est suivie, je dois le dire, presque universellement, de celle qui est adoptée par la majorité de vos maîtres, mes collègues dans les hôpitaux, et par vos auteurs classiques; elle se trouve tellement en opposition avec ce qui est accepté par le public non médical qui ne saurait comprendre qu'une fluxion de poitrine guérisse sans saignée, que je dois entrer dans des explications à ce sujet, en vous exposant mes idées sur le traitement de la pneumonie.

Mais avant d'aborder cette intéressante question, il est essentiel de bien en préciser les termes.

La pneumonie n'est pas une de sa nature; les formes qu'elle revêt, son plus ou moins d'intensité ou d'étendue, l'influence des constitutions médicales régnantes, les conditions individuelles des malades, telles que l'âge, le sexe, le tempérament; les conditions de santé antérieure, les maladies que l'inflammation pulmonaire peut compliquer, ou bien au contraire les accidents qui peuvent se jeter à la traverse, sont autant de circonstances dont le médecin doit avant toutes choses s'enquérir, dont il doit tenir compte, et qui, modifiant singulièrement la maladie, sont aussi la source d'indications thérapeutiques très-différentes.

Nous laisserons de côté, pour un instant, cette espèce particulière de pneu-

monie que j'appelle plus volontiers *catarrhe péripneumonique*, qui s'observe chez les jeunes enfants dans les deux premières années de la vie; qui, chez l'adulte, se montre comme l'un des plus redoutables épiphénomènes, dans le cours des fièvres graves, plus particulièrement dans le cours de la rougeole, dans le cours de la coqueluche, et dont, en d'autres occasions, je vous ai dit la gravité.

Nous laisserons également de côté les pneumonies compliquées de symptômes particuliers qui leur imprimant un cachet spécial; il me suffira de vous désigner la *pneumonie bilieuse*, si merveilleusement décrite par Stoll, mais que nous rencontrons rarement aujourd'hui, ce qui dépend probablement de ce que nous ne traversons pas des constitutions médicales analogues à celles dans lesquelles Stoll observait: les *pneumonies ataxiques, adynamiques*, qui empruntent leur dénomination à la prédominance des accidents nerveux; les *pneumonies arthritiques, rhumatisques*, espèces incontestables dont on a voulu nier l'existence.

La pneumonie dont je veux vous parler aujourd'hui est la *pneumonie franche, légitime (peripneumonia vera)*, celle qui se présente le plus souvent à notre observation, et qui survient généralement sous l'influence d'une cause occasionnelle, le plus ordinairement sous l'influence d'un refroidissement.

Je vais vous en retracer rapidement les principaux traits.

La période d'incubation est de courte durée ou même n'existe pas.

La maladie s'annonce par un *frisson* souvent des plus intenses qui manque cependant quelquefois. Les phénomènes locaux ouvrent d'ordinaire la scène; c'est un *point de côté*, d'une étendue variable, accusé par la plupart des malades à la base de la poitrine, et plus spécialement au-dessous du mamelon, augmentant ordinairement dans les efforts d'inspiration et de toux, s'exaspérant par la pression. Les *mouvements respiratoires* s'accroissent, il y a une *oppression* bien plus apparente néanmoins que réelle. La *toux*, d'abord sèche et pénible, est un symptôme presque constant.

Ces phénomènes locaux sont accompagnés d'un *mouvement fébrile* intense; la peau est chaude, quelquefois d'une sécheresse brûlante, mais plus ordinairement couverte de sueurs plus ou moins abondantes. Le malade se plaint d'un sentiment de malaise, de brisement général, de céphalalgie; la face est rouge, animée; la langue est couverte d'un enduit saburral, blanc, quelquefois jaunâtre à la base; la soif est vive, l'appétit est perdu. Souvent des vomissements bilieux ont annoncé le début des accidents; enfin, il est très-commun qu'il y ait de la *diarrhée*; généralement aussi il s'est développé sur les lèvres, autour des narines, sur le visage, de nombreuses bulles d'*herpès*.

Dans les premières vingt-quatre heures, la toux est ordinairement sèche, ainsi que je viens de vous le dire, ou du moins l'*expectoration* qui l'accompagne n'a encore rien de caractéristique; mais le lendemain elle tend à revêtir l'aspect qui deviendra de plus en plus spécifique. Visqueux, glutineux, demi-transparents, les *crachats péripneumoniques* sont finement aérés, et s'ils ne

sont pas encore fortement rouillés, s'ils sont en général tout à fait sanglants, quelques-uns du moins présentent quelques stries, ou un petit noyau compact dont la couleur passe du jaune ambré à la teinte sucre d'orge. Cette coloration, due au mélange du sang combiné avec le mucus sécrété, se prononce de plus en plus, présentant diverses nuances, particulièrement celle de la marmelade d'abricots, du safran, de la rouille. En même temps aussi, ces crachats, devenus plus abondants, se prennent en masse dans le crachoir et forment une nappe demi-transparente comme de la corne blonde. Ils sont fortement adhérents au fond du vase.

A eux seuls ils suffiraient pour faire reconnaître la maladie; mais d'autres phénomènes physiques, dont la percussion et l'auscultation nous révèlent l'existence, sont des signes pathognomoniques de l'état inflammatoire du parenchyme pulmonaire.

Dans les premières vingt-quatre heures, ces signes ne se manifestent pas encore, du moins la percussion ne fournit aucun élément positif de diagnostic, la résonnance thoracique n'étant pas sensiblement modifiée, l'altération des bruits respiratoires ne donnant non plus à l'auscultation que des résultats à peu près négatifs; mais, le second jour, une *matité* plus ou moins prononcée se révèle au niveau des parties affectées, et là aussi on entend les *bruits anormaux* qui se prononcent de plus en plus.

C'est d'abord le *râle crépitant fin*, à bulles très-égales, il s'entend dans l'inspiration; les secousses de toux, loin de le faire disparaître, le font au contraire arriver par bouffées dans l'oreille du médecin qui ausculte. Cette crépitation témoigne de l'engouement du poumon, et je n'ai pas besoin de discuter ici les théories suivant lesquelles on a expliqué sa production (1). Bientôt ce râle est accompagné, puis remplacé par la *respiration bronchique* que l'on appelle aussi *souffle bronchique*. Susceptible de présenter des nuances variées, ce souffle est tantôt éloigné de l'oreille, tantôt au contraire il est rude, bruyant, quelquefois large et diffus, d'autres fois resserré et retentissant (*souffle tubaire*). Commencant le plus souvent par ne remplacer que l'expiration, il envahit l'inspiration et s'entend aux deux temps. La voix, qui jusqu'alors n'avait présenté qu'un retentissement un peu plus prononcé, résonne bruyamment dans les bronches, transmise à l'oreille par le tissu pulmonaire hépatisé

(1) Sans vouloir rien enlever à la gloire de Laennec à qui revient entièrement l'honneur d'avoir tout à la fois découvert l'auscultation et de l'avoir portée du premier coup au plus haut degré de perfection, il m'a paru intéressant de rapporter ici le passage suivant, emprunté à van Swieten, d'après lequel il semblerait que non-seulement les anciens avaient l'idée de l'existence du râle crépitant, mais encore en donnaient la théorie.

« Plerumque tunc simul adest ingratus in pectore strepitus, qui fit vel ab acri mucositate hic collecto, irretito; vel a vesiculis pulmonum siccis, hincque crepitantibus instar corii rarefacti, dum inspirando extenduntur. » (G. van Swieten, *Comment. in Herm. Boerhaavii Aphorism.*, § 826, *Peripneumonia vera*, t. II, p. 659.)

qui, plus dense que le reste du poumon, devient un excellent conducteur du son. Cette *bronchophonie* n'est jamais plus prononcée que lorsque la pneumonie occupe la racine ou le sommet de l'organe, là où les rameaux bronchiques sont plus larges qu'ailleurs.

Aux limites des points où l'on entend le souffle et le retentissement de la voix, on entend aussi souvent des râles crépitants.

Ces signes physiques caractéristiques de la maladie que nous étudions nous échappent quelquefois, soit que l'inflammation, confinée dans le milieu de l'épaisseur du poumon, reste latente, soit que nous ne les recherchions pas assez attentivement. Il vous arrivera, en effet, de les entendre seulement tout à fait dans le creux de l'aisselle.

En même temps que ces phénomènes locaux se manifestent, les phénomènes généraux persistent, et ils ne sont jamais plus prononcés que du cinquième au huitième jour. La fièvre est alors plus vive. La coloration de la face, portée à son plus haut degré, ne l'est nulle part plus qu'aux pommettes dont la rougeur était regardée par nos devanciers comme un des symptômes caractéristiques de la péripneumonie.

Encouragés par les succès que les sectateurs d'Hahnemann prétendaient obtenir de leur méthode de traitement dans la pneumonie, des médecins, suivant en cela d'ailleurs l'exemple qui leur avait été donné par d'autres, ont soumis leurs malades à l'expectation. C'était là la pratique adoptée depuis longtemps par Magendie, et, sans aucun doute, quelques-uns d'entre vous ont entendu parler des travaux publiés dans ces dernières années par MM. Diel (de Vienne), Niemeyer (de Greifswald), Schmidt, etc.; des faits rapportés par M. le docteur Laboulbène; beaucoup auront lu le mémoire posthume de Legendre, intitulé : *De l'expectation dans la pneumonie franche* (1). Eh bien! messieurs, ces expériences ont permis de connaître la marche naturelle que suit, dans un grand nombre de cas, la pneumonie franchement inflammatoire. Elle tend généralement vers la guérison, et celle-ci arrive généralement aussi du neuvième au onzième jour.

Selon M. le docteur Bourgeois (d'Étampes), qui depuis vingt-cinq ans s'abstient de toute médication énergique dans le traitement de la pneumonie, et qui a publié une note à ce sujet (2), au huitième jour, dans les cas heureux, une tendance marquée à la diminution de tous les symptômes se prononce. Les crachats sont moins foncés et moins visqueux; la respiration est un peu moins gênée; il n'y a plus de point de côté; l'enduit saburral de la langue a diminué d'épaisseur; le sommeil, qui les jours précédents manquait, ou était remplacé au contraire par un assoupissement continu, revient; vers la fin de ce jour, l'assoupissement cesse, et le malade éprouve un commencement de besoin de réparation.

(1) Legendre, *Archives générales de médecine*, septembre 1859.

(2) Bourgeois (d'Étampes), *Union médicale*, numéro du 3 janvier 1860.

Le neuvième jour, l'amélioration est presque constante ; la toux est, il est vrai, plus fréquente, mais plus grasse ; les crachats, plutôt albumineux que gélatiniformes, sont presque toujours décolorés ; le point de côté a complètement disparu, bien que quelquefois il revienne encore dans de fortes quintes de toux ou dans de grandes inspirations ; la langue est nettoyée ; l'appétit est prononcé ; les urines, ardentes et sécrétées en petite quantité pendant la période aiguë de la pneumonie, sont redevenues abondantes et à peu près normales, sans dépôt ni même de trouble qui, lorsqu'ils ont lieu, ne se montrent guère que pendant la convalescence ; en un mot, l'appareil symptomatique du mal s'efface, *bien que les signes physiques persistent encore dans leur plénitude.*

Le dixième jour, le malade entre en pleine convalescence. Enfin, si rien n'entrave la marche du rétablissement, à la fin du deuxième septénaire, il peut commencer à reprendre ses occupations dans le cas où elles ne sont pas fatigantes. Pourtant si l'on ausculte alors, on retrouve encore et la matité et le râle crépitant qui avait repris à son tour la place du souffle tubaire, mais râle crépitant, ou pour mieux dire sous-crépitant humide, *râle de retour*, comme on l'appelle, et qui annonce en effet le retour de l'air dans les vésicules pulmonaires d'où l'hépatisation l'avait chassé. Plusieurs semaines seront souvent encore nécessaires pour que ces signes d'engorgement du poumon disparaissent complètement.

Dans la pneumonie franche, la température s'élève brusquement dès que commence le frisson initial ; elle atteint souvent et peut même dépasser 39 degrés dès les premiers jours de la maladie. Elle reste alors à cette hauteur avec de légères oscillations irrégulières. Le cas est grave si la température s'élève à 40 degrés et au-dessus. La défervescence a lieu ordinairement du cinquième au septième ou neuvième jour ; elle s'accomplit brusquement et rapidement : en douze ou trente-six heures au plus, la température tombe de trois degrés ou même davantage. Dès que la normale est atteinte, la période de résolution commence et le malade peut être considéré comme convalescent. Parfois, au moment de la défervescence, la température tombe un instant au-dessous de la normale : il y a là un collapsus momentané.

Ces données qui sont l'expression des nombreuses recherches de Wunderlich, vous avez pu les vérifier chez un malade couché au n° 20 de notre salle Sainte-Agnès. Cet homme, âgé de vingt-sept ans, adonné à la boisson et affecté de tremblement alcoolique, avait une pneumonie étendue du sommet droit. Dès les premiers jours on trouvait une notable quantité d'albumine dans les urines ; la nuit du sixième jour, il y avait du délire, qui persistait le septième et le huitième jour. Cependant le neuvième jour la convalescence commençait franchement, et, le onzième, l'albumine disparaissait des urines. Voici quelle avait été la marche de la température. A l'entrée du malade à l'hôpital, le quatrième jour, la température était de 39 degrés ; le matin du cinquième jour, elle atteignait 40°,2, tombait à 39°,6 le soir sous l'influence du traitement antiphlo-

gistique ; se maintenait toute la journée du sixième jour, matin et soir, à 40°,4 ; retombait le soir du huitième jour à 39°,8, puis le matin du dixième jour elle tombait à *trente-six degrés six dixièmes* (c'est-à-dire au-dessous de la normale), pour remonter à 37°, 37°,2, chiffre auquel elle resta définitivement.

Je ne veux pas quitter ce sujet intéressant de la température sans vous signaler une importante particularité clinique. Au début d'une maladie inflammatoire de la poitrine, avec point de côté, il est parfois bien difficile à l'aide des seuls signes physiques et réactionnels de savoir s'il s'agit d'une pneumonie ou d'une pleurésie ; eh bien, si, dès les premiers jours, la température s'élève rapidement et qu'elle atteigne 39 degrés et *a fortiori* un chiffre plus élevé, on peut exclure la pleurésie et diagnostiquer une pneumonie ; réciproquement la persistance d'une température relativement peu élevée permet de conclure à la probabilité d'une pleurésie, et, en tout cas, de rejeter l'existence de la pneumonie franche.

De ce que, dans un certain nombre de cas, la pneumonie a guéri d'elle-même, faut-il en conclure que la médecine doit être expectante ? Je ne le crois pas, et pour ma part je ne saurais rester inactif en face de cette maladie. Dès que je suis appelé auprès d'un malade atteint de pneumonie franche sans aucune complication, je m'empresse d'intervenir à l'aide d'une *médication antiphlogistique.*

Ainsi que je vous le disais au commencement de cette conférence, je n'ai que très-exceptionnellement recours aux évacuations sanguines locales ou générales. Lorsque des symptômes de pléthore considérable menacent d'introduire des complications dans la marche de la maladie, je fais quelquefois, mais bien rarement, ouvrir la veine. Toutefois, après une saignée de 4 à 500 grammes, je me suis rarement trouvé dans la nécessité d'y revenir. Pour combattre et modérer le point de côté quand il cause une douleur excessive, je prescris une ou deux applications de ventouses sèches ou scarifiées *loco dolenti* ; ou bien j'instille quelques gouttes de solution d'atropine dans le tissu cellulaire sous-cutané : mais là se borne l'usage que je fais de ces moyens thérapeutiques. La méthode des saignées, préconisée par des médecins d'une haute valeur, et, j'en conviens, adoptée par la presque universalité des praticiens qui l'emploient d'ailleurs en variant les formules, est aujourd'hui vivement combattue. Quelques cliniciens, non-seulement contestent son efficacité, mais encore la regardent comme nuisible en général. Ils ne font d'exception que pour les cas dans lesquels les accidents phlegmasiques sont accompagnés des symptômes d'une réaction exagérée, tels qu'une céphalalgie intense, la somnolence, une dyspnée considérable, etc. Dans ces circonstances encore, tout en permettant la saignée qu'ils regardent comme un moyen de procurer aux malades un soulagement momentané, ils insistent sur la nécessité de tirer modérément du sang. Si, dans ces cas, les émissions sanguines peuvent être des palliatifs, jamais, suivant eux, elles ne constituent un moyen curatif, encore moins sont-elles susceptibles de *juguler* le mal comme on l'a

prétendu. Bien plus, en consultant les statistiques établies pour élucider cette question, les médecins dont je vous parle sont arrivés à cette conclusion que la mortalité dans la pneumonie était plus grande pour les individus qui ont été saignés que pour ceux qui ne l'ont pas été; que, par conséquent, « la saignée a été cause de ces morts plus fréquentes, malgré le bien-être momentané qu'elle a pu procurer au malade immédiatement après la déplétion sanguine. »

Ces idées sur l'influence fâcheuse des saignées dans la pneumonie, vous les avez entendu développer par Beau dans ses leçons cliniques. En vous citant des faits tirés de sa propre expérience, en s'appuyant sur d'autres qu'il empruntait à la pratique de plusieurs de nos confrères français et étrangers, mon honorable collègue de l'hôpital de la Charité a cherché à vous les expliquer, entrant à ce sujet dans des considérations de physiologie pathologique (1).

Bien que moi aussi je conteste les avantages des émissions sanguines dont l'efficacité, dans le traitement de la pneumonie en particulier, me paraît avoir été vantée outre mesure d'une manière absolue, je ne puis partager complètement les opinions des détracteurs de la saignée. Bien que je ne reconnaisse point son utilité dans la majorité des cas, eu égard aux constitutions médicales que nous traversons depuis plusieurs années, je n'admets pas, alors surtout qu'elle est pratiquée dans une juste proportion, qu'elle entraîne les funestes conséquences dont on s'est plu, je crois, à rembrunir le tableau. Si, d'une manière générale, je m'abstiens de la prescrire, ce n'est pas que je pense qu'elle soit cause de ces morts fréquentes dont on l'a accusée, mais c'est que mon expérience m'a appris qu'elle abrégait rarement la durée de la maladie, et qu'elle retardait souvent le retour complet à la santé, en affaiblissant les malades et en prolongeant les convalescences.

Les *antimoniaux* n'ont pas ces inconvénients.

Leurs propriétés antiphlogistiques sont aussi incontestables que celles de la saignée; seulement elles s'exercent d'une autre façon. Tandis qu'en effet les évacuations sanguines font taire les accidents inflammatoires, en enlevant à la phlegmasie ses matériaux et son aliment, tandis qu'elles n'épuisent la maladie qu'à la condition d'épuiser le malade, les préparations antimoniales ont une action tout autre, et n'entraînent jamais à leur suite le long et excessif affaiblissement qui accompagne souvent la convalescence des pneumonies traitées par les saignées répétées.

Cette action des antimoniaux a été interprétée de bien des manières différentes. Rasori l'expliquait en disant que ces médicaments épuisaient la *dialthèse du stimulus*, sans trop définir ce qu'il entendait par là.

Suivant Dance et Chomel, l'antimoine n'a aucune propriété spéciale. Sans action lorsqu'il est parfaitement toléré, il n'agit qu'autant qu'il purge ou fait

(1) *Gazette des hôpitaux*, numéros des 6 et 8 septembre 1859.

vomir, et ne diffère dès lors en rien des autres agents de la médication évacuante.

L'opinion de Broussais se rapproche beaucoup de celle-ci, puisque le célèbre professeur du Val-de-Grâce regarde les antimoniaux comme des révulsifs plus puissants encore que les vésicatoires et les sinapismes que l'on applique sur la peau, attendu qu'ils agissent sur une plus grande surface, que de plus ils provoquent souvent une abondante sécrétion de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

Messieurs, ce n'est point ici le lieu de revenir sur une discussion que vous pourrez trouver longuement soutenue dans notre *Traité de thérapeutique* (1). Je vous demande néanmoins la permission d'ajouter seulement ce que je dis à ce propos.

En général, j'attache bien peu d'importance aux explications que l'on peut donner du mode d'action des médicaments. Je ne vois en thérapeutique que deux choses : le médicament appliqué à l'organisme et le résultat éloigné de cette application. Quant aux phénomènes intermédiaires, ils nous échappent et nous échapperont probablement toujours.

Malgré cet aveu, j'ai cependant hasardé ma théorie sur le mode d'action des préparations antimoniales, en en faisant d'ailleurs bon marché, et en la sacrifiant d'avance à toute autre qui me semblerait plus conforme à l'observation des faits. Je me demandais si l'on ne pouvait pas admettre pour l'antimoine une action toxique se faisant sentir spécialement sur le cœur et sur les organes respiratoires, soit directement, soit par l'intermédiaire des centres nerveux, de même que beaucoup de substances médicamenteuses ont une action spéciale incontestable sur certains appareils. Cette action spéciale de l'antimoine me semblait démontrée par ses effets physiologiques qui se traduisent par le ralentissement et l'affaiblissement du pouls, en même temps que par le ralentissement des phénomènes de la respiration. Partant de là, les effets thérapeutiques de ces médicaments dans la pneumonie pouvaient être interprétés par le fait d'une diminution dans la quantité de sang envoyé au poumon enflammé qui, de son côté, ayant une activité moindre, se trouverait dans les conditions où le chirurgien place un membre fracturé, c'est-à-dire dans un repos sinon absolu, du moins relatif.

L'expérimentation sur les animaux est venue confirmer ces idées que je m'étais faites de l'action toxique des préparations antimoniales sur le cœur et sur les organes respiratoires. Depuis longtemps, j'avais émis cette opinion que je viens de vous dire, et voici qu'en 1856 les expériences d'Ackermann et plus tard celles de M. Pécholier sont venues en démontrer l'exactitude. Si, en effet, comme l'a fait encore tout récemment dans des vivisections confirmatives, mon savant collègue le professeur Sée, si, dis-je, on injecte une solution de tartre stibié dans les veines de lapins ou de cabiais, on observe

(1) Tome II, 6^e édit., art. ANTIMOINE.