

L'action physiologique est absolument opposée, ou dont les propriétés chimiques arrivent à produire, comme avec deux parties de glycérine unies à une partie d'acide chromique, ou encore avec d'autres associations inattendues, des mélanges aussi étonnants que détonants... Et peut-être arrivera-t-il un jour où l'on écrira un livre ainsi conçu : « la thérapeutique en vingt ou trente « médicaments », mais avec des médicaments dont nous connaissons complètement toutes les propriétés physiologiques. Alors, à ce moment, on ne pourra plus dire que l'apparente abondance de nos richesses cache une réelle pauvreté, que nous n'avons que des médicaments et pas de médications. »

La thérapeutique, avec vingt ou trente médicaments, ne s'en portera pas plus mal..., ni les malades non plus ; et vers la fin d'une carrière médicale, la plupart des 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

(CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE)

### PRINCIPES DE THÉRAPEUTIQUE

#### I. — LA MÉTHODE EN THÉRAPEUTIQUE

- I. THÉRAPEUTIQUE PATHOGÉNIQUE. — A. Les *dyspnées des cardiaques*. — Indications thérapeutiques et médications différentes dans les dyspnées : toxi-alimentaire, urémique, cardio-hépatique, cardio-pulmonaire, par cardiectasie, par rétrécissement mitral, par embolies pulmonaires d'origine cérébro-bulbaire, par compression des voies aériennes ou compression des nerfs vagues dans les affections aortiques, par emphysème pulmonaire concomitant, par œdème aigu du poumon, d'origine pleurale.
- B. *Collapsus cardiaque, embryocardie*. — Collapsus cardio-vasculaire dû à la faiblesse du myocarde et à l'abaissement de la tension artérielle : dans la fièvre typhoïde, les diarrhées colliquatives, les hémorragies, les perforations des séreuses, certaines réfrigérations provoquées dans un but thérapeutique.
- C. *Maladies d'hypertension artérielle*. — Artério-sclérose généralisée et cardiopathies artérielles. Hypertension, cause et non effet de la sclérose artérielle ; présclérose. Causes de l'hypertension : goutte, saturnisme, tabagisme, abus de la viande, aortisme héréditaire.
- D. *Angine de poitrine*. — Plus de quarante médications. Indication thérapeutique, basée non seulement sur la douleur, mais aussi et surtout sur l'ischémie cardiaque, sur la lésion vasculaire, sur la constriction et l'hypertension artérielles. Iodures, nitrites, régime alimentaire.
- E. *Conclusion*. — Thérapeutique basée sur la pathogénie. Erreurs des doctrinaires : doctrines de l'excitabilité de Brown, de l'irritation de Broussais, de la dyspepsie de Beau ; dilatation de l'estomac, cholémie familiale.

#### I. — Thérapeutique pathogénique.

Trois malades cardio-artériels, âgés de soixante-sept, soixante-deux et cinquante-trois ans, sont atteints de

HUCHARD. — Consultations, 4<sup>e</sup> édit.



dyspnée. Celle-ci affecte surtout le type de la dyspnée d'effort; elle est telle qu'elle empêche le sommeil et constitue par son intensité le phénomène prédominant.

Chez l'un, les crises dyspnéiques, parfois nocturnes, surviennent sous l'influence du moindre effort ou de la marche un peu précipitée; elles sont nettement provoquées par l'alimentation habituelle, augmentant et disparaissant avec elle, d'où le nom de *dyspnée toxi-alimentaire* que je lui ai donné.

Chez un autre, cardio-rénal avec insuffisance aortique et albuminurie abondante, la dyspnée, toxique également, est sous la dépendance directe de l'*urémie*.

Le troisième malade présente les signes d'une cardiopathie valvulaire, et la dyspnée relève d'une *asystolie* localisée.

Tous trois sont artério-scléreux, et, pour des raisons inutiles à redire, le diagnostic de *cardiosclérose* a été formellement établi. Mais la dyspnée, chez les cardiaques, revêt encore d'autres formes; d'où il suit, que la désignation « d'asthme ou pseudo-asthme cardiaque » ne veut rien dire et doit être bannie du vocabulaire médical; sa pathogénie est variée, d'où une grande diversité dans les indications thérapeutiques; sa gravité très différente suivant les cas, d'où une signification pronostique également très différente.

#### A. — LES DYSPNÉES DES CARDIAQUES.

a. Chez le malade (salle Chauffard, n° 4), âgé de soixante-sept ans, on a vu se développer les signes d'hyposystolie avec œdème des membres inférieurs et congestion notable à la partie inférieure des deux poumons. Cette hyperémie passive pouvait faire supposer que la dyspnée était d'origine mécanique, qu'elle avait sa cause principale dans l'état hyposystolique du sujet, c'est-à-dire qu'elle était surtout due à la stase sanguine des deux bases pulmonaires. Sans doute, malgré sa faible importance et quoiqu'elle fût un effet plutôt qu'une cause, cette complication pouvait ajouter sa note à l'élément dyspnéique, contribuer, dans une certaine

mesure, à augmenter son intensité, à imprimer le type continu à une dyspnée d'allure paroxystique; mais elle ne devait pas en être regardée comme la cause principale. Entre autres, deux preuves: d'abord, 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; ensuite, au moyen d'une médication, simple en apparence, du régime lacté exclusif, les troubles respiratoires ont disparu en quelques jours, et cette disparition a été complète et définitive jusqu'au moment où des erreurs ou des fautes d'alimentation l'ont fait reparaitre.

En effet, comme je l'ai démontré depuis l'année 1887 (1), il s'agissait ici d'une dyspnée d'origine alimentaire, *toxique* ou *ptomaïnique*, d'une dyspnée *toxi-alimentaire*, non urémique, comme tendent à le penser quelques auteurs. Dyspnée urémique bien singulière qui ne s'accompagne jamais d'aucun symptôme urémique, qui disparaît invariablement sous l'influence du régime lacté et reparait 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 ptomaïnes ou de toxines incomplètement éliminées par un filtre rénal insuffisant, devient la cause de ces accidents dyspnéiques. Aussi peut-on les faire disparaître avec une rapidité et une sûreté presque mathématiques par le changement du régime alimentaire, par la substitution de l'alimentation lacto-végétarienne à l'alimentation carnée. C'est là une notion très importante, que j'ai été assez heureux d'établir il y a une vingtaine d'années et dont l'observance donne les plus beaux, les plus durables succès thérapeutiques.

(1) La dyspnée cardiaque (*Journal des Praticiens*, 1887-1888). La dyspnée toxique dans les cardiopathies artérielles (*Soc. de thérap.*, 1889). La dyspnée chez les cardiaques (*Sem. méd.*, 1890). La dyspnée toxique dans les affections du cœur (*Soc. méd. des hôp.*, 1892); *Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux* (1<sup>re</sup> édit., Paris, 1889; 2<sup>e</sup> édit., 1893; 3<sup>e</sup> édit., 1899-1904).



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 facilite le fonctionnement antitoxique, sur l'intestin dont il favorise en partie non pas l'antiseptie, mais l'asepsie relative.

b. Un cardio-rénal, âgé de soixante-deux ans (salle Chauffard, n° 7), artérioscléreux encore, est atteint d'insuffisance aortique avec albuminurie abondante. Il est entré dans la phase franchement urémique avec subdélire, diarrhée profuse, état dyspnéique caractérisé par la respiration de Cheyne-Stokes. Ici, la dyspnée est toxique également, mais elle appartient au genre des dyspnées urémiques. Par conséquent la médication doit être dirigée contre l'urémie.

En me gardant de supprimer 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 antiseptiques (benzonnaphthol à la dose de 1 gramme, trois fois par jour) pour diminuer d'autant l'intoxication intestinale, le régime lacté exclusif pour réduire au minimum l'abondance des toxines alimentaires introduites dans le tube digestif et pour favoriser la diurèse avec trois cachets de 50 centigrammes de santhéose par jour (1), une saignée générale pour soustraire au sang le plus possible de principes toxiques.

Sous l'influence de cette médication suivie pendant quinze jours, les accidents dyspnéiques se dissipèrent assez promptement, en même temps que les complications urémiques.

Ce malade était un cardio-rénal, mais il était plus rénal

(1) La *santhéose* est de la théobromine très purifiée, de fabrication française.

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*.

c. Le troisième malade, âgé de cinquante-trois ans (salle Chauffard, n° 18), est atteint de cardiopathie valvulaire d'origine artérielle (insuffisance et rétrécissement mitral). Encore un dyspnéique. Il est en pleine asystolie, et la dyspnée est subcontinue avec de rares crises paroxystiques. L'œdème des membres inférieurs est peu accentué, mais il y a une congestion assez intense des deux bases pulmonaires, et ce qui frappe l'attention, c'est la congestion énorme du foie, c'est encore l'existence de battements hépatiques, indice d'une insuffisance tricuspidiennne fonctionnelle. Ce malade fait de l'asystolie dans son foie, et cet organe dépurateur des poisons ne remplit plus qu'incomplètement ses fonctions.

Contre l'asystolie hépatique et la dyspnée, il fallait instituer une médication hépatique. Dans ce but, j'ai prescrit des lavements froids, des ventouses scarifiées à la région du foie, l'administration de cachets cholagogues (benzoate et salicylate de soude, poudre de rhubarbe, de chaque 20 centigrammes, deux ou trois fois par jour), plus tard d'un cachet purgatif composé de 50 centigrammes 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 la digitale, on vit disparaître la dilatation des cavités droites du cœur ; on vit s'atténuer encore les symptômes asystoliques et avec eux l'état dyspnéique.

Ce malade était un cardio-hépatique, plus hépatique que cardiaque, et, en nous adressant aux troubles fonctionnels de son foie, nous avons eu raison de la dyspnée. Celle-ci était d'origine cardiaque ; elle était surtout de provenance



hépatique, et ainsi indirectement de nature toxique. En un mot, il s'agissait d'une *dyspnée cardio-hépatique*.

d. Voici une malade plus jeune (trente-quatre ans), atteinte de cardiopathie valvulaire d'origine rhumatismale. Le foie est indemne, les reins paraissent bien fonctionner, il n'y a pas d'albumine dans les urines. Mais l'appareil pulmonaire est le siège d'une congestion intense, avec râles sous-crépitaux jusqu'à la partie moyenne de la poitrine; les membres inférieurs sont infiltrés par 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, dyspnée cardio-pulmonaire par rupture de compensation de la lésion cardiaque, par asystolie, mieux appelée « asthénie cardio-vasculaire ».

C'est donc la médication anti-asystolique qui a dû faire les frais de la thérapeutique. 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, c'est-à-dire après avoir favorisé la réceptivité médicamenteuse, nous avons administré le remède à dose massive en une seule fois et pendant un-seul jour (L gouttes de la solution de digitaline cristallisée au millième, c'est-à-dire 1 milligramme de digitaline).

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 s'amendèrent et avec eux cette dyspnée subcontinue, due à l'insuffisance cardiaque et d'origine *cardio-pulmonaire*.

e. Vous voyez cette malade, âgée de quarante et un ans, au 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, ces phénomènes de cyanose et de refroidissement des extrémités, vous avez établi 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 Denis Courtade sur « l'emploi de la digitale » (1888), vous lirez la description des mêmes accidents.

A cette époque comme aujourd'hui, les mêmes phénomènes, plus graves encore, reconnaissent pour causes un cœur atteint de surcharge graisseuse chez une femme obèse et une dilatation rapide des cavités cardiaques sous l'effort avec accumulation du liquide sanguin. Vous lirez qu'alors plusieurs larges saignées de 300 à 400 grammes firent disparaître 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, à des congestions rapides qui retentissent sur les cavités droites du cœur et qui contribuent peut-être pour une légère 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 devait agir par la soustraction d'un liquide sanguin plus ou moins adultéré; ici, dans cette dyspnée cardiaque *mécanique*, elle s'est autrement comportée, par la soustraction du sang dont l'accumulation dans les cavités du cœur gênait ou paralysait les mouvements et les contractions. La dyspnée rappelait les accidents pulmonaires souvent graves qui surviennent chez les cardiopathes au milieu de leur grossesse et qui sont promptement réprimés par une large saignée; elle avait son siège dans le cœur, qui s'était promptement dilaté : *dyspnée par cardiectasie*.



Mais, dans ce cas spécial, la saignée n'est qu'une médication d'urgence, et, si l'on répétait souvent les émissions sanguines, on aboutirait à l'augmentation de l'adipose, fait signalé, il y a longtemps déjà, par Dechambre et Vulpian. Pour combattre efficacement l'état de dyspnée et de polypnée spécial à la surcharge graisseuse du cœur, pour prévenir les grands accès dyspnéiques dus à la cardiectasie, il faudra diriger la médication contre l'obésité elle-même : peu de liquides aux repas, peu de pain, régime carné, pas de sucre dans les aliments, etc.

f. Je vous ai parlé de la dyspnée à la période asystolique de toutes les maladies du cœur, de l'indication et des bons effets de la digitale à cette phase avancée des cardiopathies. C'est là un fait bien connu depuis longtemps. Ce qui l'est moins, c'est l'emploi de la digitale dans une cardiopathie valvulaire dyspnéisante par excellence, le rétrécissement mitral, et cela dès le début, même à la période de parfaite compensation. Comme je l'ai dit il y a plus de dix ans, comme je l'ai répété dans mon Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte, comme je l'ai démontré enfin dans les thèses de mes élèves (1), la dyspnée est un symptôme d'une importance considérable dans cette maladie, à ce point qu'il faut se défier du diagnostic lorsqu'on parle d'un rétrécissement mitral sans dyspnée.

Dans le cours d'une sténose mitrale, même bien compensée, mais presque toujours accompagnée d'un état dyspnéique plus ou moins accusé, l'administration systématique d'un quart de milligramme de digitaline cristallisée toutes les trois ou quatre semaines, pendant trois ou quatre jours, produit un effet sédatif presque constant sur les palpitations et surtout sur la dyspnée. Il est probable que le

(1) HUGHARD, *Bull. méd.*, 1894 : Traité des maladies du cœur et de l'aorte, 3<sup>e</sup> édit. en 3 volumes, Paris, 1899-1904. — GÉRARD, L'oreillette gauche dans le rétrécissement mitral (*Thèse de Paris*, 1894). — R. BONNEAU, La dyspnée dans les maladies du cœur; étude clinique (*Thèse de Paris*, 1904).

médicament agit en allongeant la pause diastolique, ce qui permet ainsi une réplétion ventriculaire plus considérable dans une maladie où cette réplétion est au minimum.

Comme on le voit, rien n'est plus contraire à l'observation clinique et aux notions physiologiques que de prétendre avec Potain et ses élèves que la digitale est contre-indiquée, qu'elle est inutile et même nuisible dans la sténose mitrale, où elle épuiserait la force du cœur « réglé pour un petit travail ». S'il en était ainsi, cet admirable médicament ne serait jamais indiqué dans aucune affection cardiaque, puisqu'un des grands principes de thérapeutique est de favoriser le repos relatif des organes malades; il régularise, il facilite, il économise le travail du cœur, et c'est ainsi qu'il agit si favorablement dans la *dyspnée mitrale*.

Voyez l'importance de l'étude sémiologique et surtout pathogénique de la dyspnée dans les maladies du cœur. Parmi elles, les deux affections les plus dyspnéisantes, même en l'absence de tout phénomène hyposystolique, sont le rétrécissement mitral et les cardiopathies artérielles. Pour le premier, c'est la digitale seule qui peut efficacement combattre la dyspnée, laquelle est d'origine mécanique, ainsi que je l'ai établi dans mon Traité des maladies du cœur; pour les secondes, le régime lacté exclusif est souverain parce que la dyspnée est de nature toxique. Que nous voilà loin de « l'asthme ou pseudo-asthme cardiaque » des auteurs !

g. Le rétrécissement mitral est encore une maladie hémoptoisante et embolisante; comme tel, il produit souvent des embolies pulmonaires. D'autre part, certaines affections valvulaires associées, et parmi elles l'insuffisance aortique avec insuffisance mitrale, provoquent facilement la dilatation de l'oreillette et du ventricule gauche, puis la dilatation des cavités droites. Cette cardiectasie presque généralisée devient rapidement cause de thrombose cardiaque, d'où fréquence des embolies pulmonaires. Mais n'allez pas



croire que celles-ci se traduisent toujours par une expectoration sanguinolente. Il y a de petites embolies, souvent répétées, qui donnent lieu à un seul symptôme, à une *anxiété respiratoire* tout à fait spéciale, et j'ai pu, comme vous l'avez vu chez un malade de trente-cinq ans, atteint d'insuffisances mitrale et aortique, établir nettement le diagnostic d'embolies pulmonaires confirmé par l'autopsie, en m'appuyant seulement sur l'apparition de ce syndrome (anxiété respiratoire) précédé par la constatation à la percussion, de la cardiectasie. Je m'appuyais encore sur l'existence d'un léger épanchement pleural droit, souvent consécutif aux infarctus pulmonaires à siège cortical.

Que faire en pareil cas? Bien peu de chose. La digitale à doses faibles (un dixième de milligramme) et répétées pendant huit à dix jours, le massage précordial pratiqué d'après mes indications et dont mon élève Cautru vient de signaler l'importance (1), peuvent bien réduire pour un temps la matité du cœur; mais il faut se rappeler la signification très sévère du pronostic des infarctus pulmonaires dans le cours des cardiopathies artérielles ou valvulaires. Dès qu'une semblable complication s'est produite, elle se reproduira encore, et, si la mort n'est pas toujours proche, elle est invariablement menaçante. C'est là une forme très grave d'*asystolie cardio-pulmonaire*.

*h.* Au n° 10 de la salle des hommes, voici un athéromateux âgé de soixante ans, présentant encore des varices avec phlébo-sclérose, ce qui montre que l'altération des vaisseaux n'est pas limitée aux artères, mais qu'elle s'étend aux veines en se généralisant ainsi à tout l'appareil vasculaire, ce qui prouve qu'il s'agit non d'une artériosclérose, mais d'une angiosclérose.

Cet homme est atteint d'aortite chronique avec dilatation de l'aorte (élévation de la sous-clavière droite, battements

(1) CAUTRU, Le massage précordial (*Académie de médecine*, 27 juillet 1905).

accentués 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 chaque soir, presque à la même heure; il 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, le saignée contre-indiquée chez cet homme pâle et atteint d'ischémie cérébrale. Qu'est-ce à dire? Il ne s'agit pas ici d'un cardiaque, mais d'un vasculaire, et 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 cérébrale la respiration de Cheyne-Stokes, que l'on aurait tort de croire toujours d'essence urémique.

Pour atténuer cette dyspnée, — non pour la faire disparaître toujours parce qu'elle est tenace et d'un pronostic sévère, comme celle de Cheyne-Stokes, — il n'y a pas de meilleur moyen que la morphine en injections sous-cutanées, cela malgré l'assertion contraire de Traube, Filehne et Bernheim (de Nancy), qui lui ont attribué à tort l'inconvénient de provoquer ou d'augmenter cet état dyspnéique. Mais le plus souvent le régime lacté exclusif avec les purgatifs répétés et les médicaments diurétiques constituent la base du traitement de cette dyspnée très rebelle, dont le pronostic, tout en restant toujours grave, n'est pas fatalement mortel, comme on l'a cru pendant longtemps. C'est ainsi que je l'ai vue disparaître plusieurs fois sous l'influence de la médication, que je l'ai vue persister pendant plusieurs mois pour rétrocéder ensuite, et dernièrement Libensky (de Prague) a observé dans le service



de Thomayer, chez un malade atteint d'artériosclérose généralisée à prédominance cérébro-médullaire, une dyspnée de Cheyne-Stokes persistant pendant six mois (1).

Lorsque cette dyspnée résiste à tous les moyens et qu'elle reste menaçante, il y aurait peut-être lieu de recourir aux ponctions lombaires, qui, par leur double action de décompression et de désintoxication des centres cérébro-médullaires, ont réussi à faire disparaître quelques symptômes inquiétants d'urémie nerveuse (2).

*i.* Dire que tous les pseudo-asthmes aortiques sont d'origine bulbaire serait commettre une grande exagération ou une grave erreur. Car, chez les aortiques avec dilatation ou anévrysme de l'aorte, en outre des dyspnées *toxiques* ou *urémiques* par insuffisance rénale, des dyspnées *cardiaques* par dilatation des cavités du cœur, il y a des dyspnées *mécaniques* par compression des voies aériennes, des dyspnées *nerveuses* par compression et 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 et plus tard en 1897 à l'Académie de médecine, 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 aigu du poumon*. Celui-ci s'observe également dans le cours de la néphrite interstitielle, comme Bouveret

(1) V. LIBENSKY, Note sur la respiration de Cheyne-Stokes (*Sbornik klinicky*, Prague (1905).

(2) SEEGLKEN (1896), NOLKE (1897), Ponction lombaire dans l'urémie (*Münchener med. Wochenschrift*). — CASTAIGNE, Toxicité du liquide céphalo-rachidien et perméabilité méningée dans l'urémie nerveuse (*Soc. de biologie*, 1900). — GUILLAIN et MARIE, Ponction lombaire dans la céphalée brightique (*Soc. méd. des hôp.*, 1901). — PERCHERON (*Thèse de Paris*, 1903). — SURMONT et CASTELAIN (*Soc. méd. du Nord*, 1904). — QUÉNÉE, *Thèse de Lille*, 1904.

(de Lyon) en a cité des exemples. Il est caractérisé par une dyspnée excessive avec menace d'asphyxie, par une expectoration albumineuse ou d'apparence saumonée, parfois abondante et analogue à celle qui est consécutive à certaines thoracentèses trop copieuses, par des râles crépitants extrêmement fins qui envahissent promptement les deux poumons de la base aux sommets.

Contre cette complication redoutable et souvent méconnue, la thérapeutique n'est pas absolument désarmée, et l'on obtient des guérisons presque inespérées par l'emploi de larges saignées.

*j.* La démonstration de ces faits, je la trouve dans l'histoire d'un homme de quarante-cinq ans observé 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 existant depuis quelques mois. Cette dyspnée était d'origine *toxi-alimentaire*, et 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. Puis je constatai les signes d'un épanchement pleural gauche avec frottements du côté opposé, et aussi ceux d'une congestion passive des deux bases pulmonaires (*dyspnée mécanique et cardiaque*). Un jour, subitement, la dyspnée, qui avait pris peu à peu le caractère de Cheyne-Stokes, devient menaçante (*dyspnée cérébrale*). Puis, rapidement, en une nuit, l'épanchement pleural avait augmenté, le pouls était devenu faible, les contractions du cœur à peine appréciables; il y avait des accès de suffocation, le péril était imminent. Alors je pratiquai la thoracentèse, qui donna issue à 1 600 grammes d'un liquide franchement hémorragique. La thoracentèse, opportunément pratiquée, a contribué à faire disparaître chez ce cardio-artériel une dyspnée d'origine pleurétique.

*k.* Sans doute, les épanchements pleuraux de diverse nature, surtout de nature séro-fibrineuse, sont fréquents chez



les cardiaques, ainsi que je l'ai démontré dans la thèse d'un de mes élèves (1); ils se montrent plus souvent à droite, comme je l'ai remarqué depuis longtemps, et comme l'ont confirmé ensuite presque tous les auteurs; mais j'ai tenu à appeler l'attention, chez les cardio-artériels, sur la fréquence relative des épanchements hémorragiques dus à la présence des néomembranes 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. Tel est encore l'exemple d'une autre forme de dyspnée, d'*origine pleurale*.

Le malade finit par succomber, après avoir offert dans l'espace d'un mois plusieurs genres de dyspnée, — dyspnées toxique, cardiaque, cérébrale, mécanique, — pour lesquelles l'indication thérapeutique a été différente.

En citant ces faits, qu'ai-je voulu prouver?

Je vous ai mis en présence d'un même symptôme, la dyspnée, contre laquelle, suivant les cas, le régime lacté et les diurétiques, la saignée, la digitale, la morphine, la thoracéentèse ont agi favorablement. Ici, la dyspnée était toxique ou urémique; là, mécanique; plus loin, cardiaque, cardio-rénale, cérébrale, pleurétique.

Lorsqu'en thérapeutique on prend un symptôme pour le combattre, on fait simplement de la médication *symptomatique*, et ce n'est pas suffisant. Lorsqu'on s'attaque à la cause pour en faire disparaître l'effet, on réussit parfois dans cette thérapeutique *étiologique*, et ce n'est pas assez. Nous avons fait plus encore : nous avons étudié un symptôme, nous en avons cherché la cause, nous en avons scruté le mode de production, nous avons établi, en un mot, la physiologie de cette cause, ce qui nous a permis d'instituer une médication *pathogénique*; nous avons obéi à l'indication thérapeutique, c'est-à-dire à la notion de l'opportu-

(1) ROBERT, Manifestations pleurales dans le cours des maladies du cœur (Thèse de Paris, 1897).

rité médicamenteuse, et je vous ai fait insensiblement arriver à ces deux conclusions : *il n'y a pas un « asthme » ou une dyspnée cardiaque, il y a des dyspnées cardiaques ou aortiques; il n'y a pas un médicament, mais une médication antidyspnéique.*

Par la même occasion, au double point de vue du diagnostic et du traitement, j'ai démontré l'importance de l'élément dyspnéique dans les affections cardio-aortiques, importance bien supérieure à celle des palpitations, qui ne constituent pas, comme on le croit, le symptôme habituel et presque obligé des cardiopathies.

Si j'ai réuni dans ce rapide exposé les dyspnées aortiques et cardiaques, ce n'est pas parce que je confonds les unes et les autres. C'est même pour éviter cette regrettable confusion que j'ai cité tous ces faits. Quand je parlerai des cardiopathies artérielles, surtout de ces cardiopathies à type valvulaire avec souffle mitral par exemple, j'en montrerai dans lesquelles l'élément dyspnéique peut être tour à tour, soit d'*origine cardiaque* par asystolie et doit être traité par la digitale, soit d'*origine aortique* ou plutôt *rénale* et doit être combattu par le régime lacté exclusif avec les diurétiques.

Cette manière d'envisager la question de la dyspnée chez les cardiaques me paraît bien plus intéressante, plus féconde en résultats que celle qui consiste à imaginer, pour expliquer la dyspnée cardiaque, une sorte de « rigidité avec turgescence pulmonaire » admise par Basch (de Vienne). Cette notion très hypothétique n'a aucune portée pratique.

#### B. — COLLAPSUS CARDIAQUE ; EMBRYOCARDIE.

Vous avez vu cette femme de vingt-trois ans, atteinte de tuberculose à la dernière période. Un matin, nous la trouvons dans son lit en état de mort apparente : visage pâle, livide, cyanique, couvert d'une sueur froide; extrémités algides. Incapable de faire un mouvement, dans un état de prostration extrême, elle respire à peine; le pouls