

Le refroidissement qui, comme le dit le professeur Jaccoud, est un véritable traumatisme changeant le milieu organique, a brusquement déprimé les forces des deux sujets en question et diminué leur résistance vitale. Ils étaient réfractaires au poison paludéen, comme les sujets forts et bien portants qui, dans les pays de marais, résistent aux épidémies. Après le choc traumatique qui a violemment ébranlé l'organisme et troublé les fonctions nutritives, ils se sont brusquement trouvés dans un état de débilité ou plutôt de *misère physiologique* qui les a rendus aptes à subir l'infection. En un mot, ils se sont trouvés tout à coup en état d'*opportunité morbide*.

C'est au printemps qu'ils ont contracté leur pneumonie, c'est-à-dire dans la saison où le miasme paludéen est le plus abondant et le plus toxique, aussi bien sous les arbres du jardin du Luxembourg que dans bien d'autres endroits où on n'en soupçonne pas la présence.

Il est probable qu'en plein hiver, au moment où le miasme paludéen est moins répandu et fait peu de victimes, un refroidissement même plus violent n'eût pas eu de si fâcheuses conséquences, parce qu'il n'y aurait pas eu infection de l'organisme.

Si, en effet, le refroidissement était la véritable cause des fluxions de poitrine, ces maladies devraient se produire surtout pendant les grands froids. Or, c'est au printemps, au moment où la température

s'adoucit, qu'elles apparaissent en plus grand nombre; c'est à ce moment-là qu'on observe en même temps des épidémies de pneumonie et des épidémies de fièvres paludéennes. Étrange coïncidence! Enfin, le frisson du début, la marche rapide des accidents, la violence des symptômes présentent bien tous les caractères de l'empoisonnement paludéen.

Il reste la question des lésions anatomiques consécutives à l'inoculation du microbe.

Ces lésions, dans l'expérience de Talamon, étaient celles de la pneumonie fibrineuse. Dans l'expérience de Friedlander, c'était au contraire celle de la pneumonie catarrhale. On devrait donc en conclure qu'il y a un microbe pour chaque forme de pneumonie! Dans tous les cas, ces distinctions anatomiques, si elles avaient été fondées, auraient établi une démarcation bien nette entre ces deux formes de la maladie et justifié la pensée que l'on avait eue d'en faire deux espèces distinctes. Mais voilà que MM. Virchow, Reindfleisch et le professeur Damascino découvrent dans les noyaux de pneumonie catarrhale l'exsudat de fibrine qui était regardé jusqu'alors comme un produit pathognomonique de la pneumonie lobaire!

Pourquoi ne pas admettre alors que l'exsudat fibrineux n'a point de caractère spécifique? Qu'il varie suivant l'acuité de la maladie? Que dans le cas d'intensité moyenne, tel que la pneumonie catar-

rhale, il est disséminé en petite quantité dans quelques lobules, tandis que dans les formes graves il est abondant, cohérent, occupe tous les lobules d'une même région et détermine les lésions si tranchées de la pneumonie lobaire.

En somme, il est sage de s'en rapporter à la clinique et à la thérapeutique qui n'admettent point des différences aussi catégoriques entre les diverses formes de la pneumonie. Quoi qu'il en soit, la doctrine parasitaire aura eu l'avantage d'amener les praticiens à considérer la pneumonie fibrineuse non plus comme une simple lésion locale, mais comme une maladie infectieuse. Ils arrivent ainsi indirectement à la vérité clinique.

La pneumonie est, en effet, une maladie infectieuse et, par conséquent, générale (*totius substantiæ*) du moment où elle s'accompagne d'une température dépassant les limites physiologiques.

Il faut toujours en revenir à cette loi énoncée d'une manière si précise par le docteur de Robert de Latour, et suivant laquelle la chaleur animale atteignant 39° est toujours l'indice de la contamination du sang. Admettre que le développement de parasites dans une région limitée de l'organisme puisse provoquer une élévation thermique de plus de 2 degrés, est en contradiction formelle avec cette loi clinique. Il n'y a qu'un principe toxique répandu dans le sang qui soit capable de provoquer ce phénomène.

Dans le cas dont il s'agit, que ce principe soit le microbe de Talamon ou un autre, il n'importe; la question thérapeutique est résolue, puisqu'on se trouve conduit tout naturellement à ne plus s'attacher comme autrefois exclusivement à la lésion locale, mais à se préoccuper de combattre l'élément infectieux, c'est-à-dire la cause de la pneumonie.

On arrive ainsi à la bonne médication, et, en médecine, c'est l'essentiel.

Les anciens disaient que le traitement fait la preuve de la nature des maladies.

En la circonstance, on remarquera que la médication instituée en vue de combattre l'infection paludéenne, regardée comme la cause de la pneumonie fibrineuse et celle préconisée par le professeur Germain Sée, dans le but de détruire le microbe parasitaire, qui, à ses yeux, est l'agent morbide, sont identiques. Elles ont pour base le sulfate de quinine et l'alcool.

Or, comme il est incontestable que dans toute fluxion de poitrine ces médicaments jouissent d'une réelle efficacité, et que, lorsqu'ils sont administrés *convenablement*, ils assurent la guérison, on pourrait en conclure qu'ils neutralisent la toxicité des microbes parasitaires. On ne peut pas dire, en effet, qu'il y ait destruction des microbes, puisque après la guérison on les retrouve encore dans l'organisme (microbes autochtones de Jaccoud).

Une interprétation contraire ne serait, il faut

l'avouer, rien moins que problématique, et il me paraît plus simple d'admettre que le sulfate de quinine, ce spécifique de l'empoisonnement paludéen, guérit la pneumonie, parce que cette maladie n'est, en réalité, qu'un empoisonnement paludéen. On pourrait, il est vrai, prétendre qu'il est aussi le spécifique de l'infection par le microbe de Talamon? Mais ce serait vraiment extraordinaire, et d'ailleurs en opposition avec tous les faits connus, car jusqu'à présent on a constaté que si ce médicament est tout-puissant contre l'infection paludéenne, en revanche il est sans action contre toutes les infections d'une autre nature. En résumé, je considère toute pneumonie fibrineuse, pneumonie catarrhale ou congestion pulmonaire, du moment où elles s'accompagnent d'une température de + 39° comme étant de nature infectieuse et exigeant avant tout la médication quinique.

Le docteur de Robert de Latour est le premier clinicien qui ait élucidé la question des pyrexies paludéennes. Pendant trente années de pratique, il a obtenu des succès thérapeutiques si remarquables et si constants qu'on doit y voir la confirmation des doctrines qu'il s'est toujours efforcé de vulgariser. Pour lui, le miasme paludéen est la cause d'une foule d'accidents fébriles dont le sulfate de quinine fait justice.

Moi-même, qui ai profité de sa grande expérience et n'ai fait que suivre la voie qu'il m'avait

indiquée, j'ai toujours obtenu de si beaux résultats de sa méthode, que je me fais un devoir d'en proclamer la valeur : et pour rendre hommage à ce savant maître, je commencerai par reproduire quelques passages très instructifs de son beau *Traité de la chaleur animale*.

Cet ouvrage, rempli d'aperçus physiologiques et thérapeutiques du plus haut intérêt, n'est ni assez connu, ni assez lu. Les uns le condamnent, les autres le dédaignent, parce qu'il a la prétention, pour ne pas dire l'audace, de vouloir innover et de discuter les doctrines de l'École.

Comme on devait s'y attendre, les esprits classiques, suivant l'expression du professeur Germain Sée, fidèles gardiens de ce qu'on appelle la tradition médicale, n'ont pas manqué de protester contre l'idée révolutionnaire.

Un jour ou l'autre, je n'en doute pas, on revisera ce premier jugement prononcé à la légère et de façon systématique, et la doctrine sera défendue par ceux-là mêmes qui en sont aujourd'hui les plus ardents détracteurs.

« Bien des pneumonies pyrétiques, dit le docteur de Robert de Latour, passèrent sous mes yeux dans les vingt premières années de mon exercice, et obéissant alors aux courants thérapeutiques qui se succédaient, j'eus bien souvent à me plaindre, comme tous les médecins, d'ailleurs, de l'insuffisance de mes ressources.

« Bien différents ont été les résultats de ma pratique, lorsque, frappé de cette chaleur ardente que je constatais avec la pneumonie, j'ai enfin compris que la lésion locale n'est pas toute la maladie; que la fièvre constituée par une grande élévation de la température organique, n'est pas de moindre importance; que les deux mouvements morbides, local et général, procèdent d'un même principe étiologique et que c'est ce principe commun que doit atteindre la thérapeutique, pour les soumettre tous deux.

« Cette interprétation des faits cliniques, voilà plus de trente ans qu'elle inspire ma pratique et voilà plus de trente ans que la justesse s'en confirme au bonheur des résultats.

« Il me faudrait des volumes pour mentionner toutes les pneumonies pyrétiques dont j'ai eu raison par la médication fébrifuge : vingt-quatre ou quarante-huit heures m'ont souvent suffi pour la guérison, surtout quand l'avantage m'était fourni d'attaquer la pyrexie au début, peu de temps après le frisson initial.

« Tout récemment encore, mon concours était réclamé pour un malade âgé de cinquante-neuf ans, que travaillait depuis la veille une fièvre ardente accompagnée d'une pneumonie latérale gauche et auquel donnait des soins un de nos praticiens les plus expérimentés.

« Le tartre stibié, administré sous forme hypos-

thénisante, dès l'explosion, était demeuré sans résultat, et ce fut alors que, vivement préoccupée de cette situation à laquelle semblaient ajouter un caractère sérieux de gravité, l'anxiété, la prostration et un sommeil presque soporeux, la famille demande mon intervention.

« Après avoir constaté les râles crépitants et sous-crépitanants, ainsi qu'un léger souffle; après avoir reconnu à la percussion une matité assez accentuée, phénomènes physiques par lesquels s'affirmait la pneumonie, je place le thermomètre dans le creux axillaire.

« La colonne mercurielle s'arrête à 39°,3 et mon diagnostic est fait. Sans doute l'élévation de la température, bien que suffisante à mon appréciation, n'était pas fort considérable; elle ne traduisait au moment même qu'une pyrexie modérée; mais le malade, les assistants, le médecin, tous déclaraient que la chaleur s'était accusée bien autrement ardente la nuit et toute la matinée.

« On s'autorisait même de ce calme relatif pour énoncer une amélioration dans l'état du malade. Illusion bien dangereuse à laquelle j'ai vu s'abandonner imprudemment les plus grands praticiens !

« Ce n'était point une amélioration réelle, mais seulement une atténuation passagère de la fièvre; en un mot, une rémission, phénomène qui est dans le caractère de ce genre de pyrexie.

« Et cette appréciation, la vérité en éclatait promptement, car à l'issue de notre conférence, qui à peine avait duré vingt minutes, déjà nous constatons d'une part la réascension de la température dont le chiffre, atteignant $39^{\circ},6$, ne devait pas tarder à dépasser 40 degrés; d'autre part, une accélération du pouls qui de 96 s'était élevé à 108.

« L'indication à mes yeux est formelle et il n'y a point à hésiter sur l'emploi de la médication fébrifuge; soixante-quinze centigrammes de sulfate de quinine sont prescrits en cinq doses, pour être ingérés à deux heures d'intervalle, et je suis certain de ne me pas commettre en déclarant que la maladie, à ce prix, sera immédiatement conjurée. Cette heureuse prévision, un abaissement à 38 degrés de la température du corps, avec atténuation de tous les symptômes locaux et généraux après une nuit calme, en fournit le lendemain matin la complète sanction.

« Ce rapide succès n'avait pour moi rien de surprenant; il se joignait à bien d'autres succès accomplis dans des conditions analogues, et pourtant j'en éprouvai une vive émotion.

« C'est que peu de jours auparavant l'occasion avait livré à mon observation, comme saisissant contraste avec l'heureuse issue que nous obtenions ici, un exemple de mort, triste dénouement de la même maladie, après dix jours de durée, chez une dame de cinquante ans, auprès de laquelle j'avais

été appelé à cette heure dernière où le râle, de l'agonie ne permet plus ni l'espérance ni l'illusion.

« En apprenant de la bouche de son médecin que la pneumonie dont le siège était également à gauche, une fièvre ardente n'avait cessé de l'accompagner, signalée aussi par des paroxysmes nocturnes; en constatant moi-même à ce moment extrême une température de $40^{\circ},5$, je n'avais pu me défendre de la pensée douloureuse que cette malade, traitée si vainement par les préparations antimoniales, les opiacés, les purgatifs répétés, enfin par de nombreux vésicatoires, quelques centigrammes de sulfate de quinine auraient suffi à lui conserver la vie.

« Les pneumonies qui, étrangères à tout principe pyrétiqne naissent d'une cause locale sont rares, ajoute le savant maître, et ma pratique particulière ne m'en a fourni aucun exemple.

« Mais un fait de pneumonie traumatique était publié il y a quelques années par Liégard père, dans la *Tribune médicale* et, dans son récit, l'habile praticien de Caen mentionnait une température qui n'avait pas dépassé $38^{\circ},5$, bien que l'inflammation s'accusât vive au sein de l'organisme.

« Cette inflammation, dont la marche fut suivie avec soin par Liégard, qui avait une grande habitude de la percussion et de l'auscultation, la cause en était un coup d'épée qui avait traversé la poitrine de part en part.

« A l'heure actuelle, le corps médical est encore

tout ému d'un attentat commis sur la personne d'un de nos confrères les plus éminents; une balle lui a été logée dans le poumon et il est inadmissible qu'une telle violence n'ait pas déterminé l'inflammation de l'organe.

« J'ignore les accidents qui ont pu surgir; j'en ignore la marche et les détails, mais je remarque dans tous les bulletins publiés sur la situation du savant blessé, qu'il est demeuré *sans fièvre*.

« Non, une inflammation si intense qu'elle soit ne retentit pas assez fortement sur la température générale pour l'élever de plus de 2 degrés; et quand ce chiffre est dépassé, quand la chaleur animale atteint 39, 40 et 41 degrés, c'est qu'un principe contaminateur s'est introduit dans le sang pour créer la condition de la pyrexie.

« Plusieurs cliniciens, au premier rang desquels s'inscrit le nom respecté d'Andral, ont été vivement frappés de cette grande élévation de la température animale qui se rencontre avec la *pneumonie*, et ils en ont fait un caractère spécial de cette phlegmasie.

« Mais cette particularité d'être attachée à la pneumonie, non aux autres phlegmasies locales, ne devait-elle pas inspirer la pensée que cette chaleur élevée trahit autre chose encore qu'une phlegmasie? Et comment, d'ailleurs, n'avoir pas été complètement édifié à cet égard, en constatant que cette chaleur élevée se rencontre dès le début de la

phlegmasie, alors que celle-ci n'a point encore acquis un bien grand développement et même avant son explosion?

« J'ai vu à l'hôpital de la Charité, dans le service même d'Andral, un malade entré la veille, que le célèbre clinicien soumit à l'examen le plus attentif et chez lequel il ne put noter qu'une fièvre ardente marquée par 40°,8 de température et 108 pulsations artérielles à la minute.

« C'était un homme de quarante ans, de forte constitution, qui n'inspirait de crainte à aucun des assistants et sur lequel le maître suspendit son jugement. Le lendemain, une pneumonie s'accusait par le souffle et la matité à la région sous-scapulaire gauche, et le jour suivant le malade était mort. L'autopsie confirma l'existence de la pneumonie constatée deux jours auparavant, pneumonie fort circonscrite d'ailleurs, mais au compte de laquelle n'en fut pas moins portée cette mort précipitée.

« Si, se dégageant des étreintes de cette doctrine en si grande faveur qui localise toutes les maladies, l'illustre professeur avait d'abord reconnu par la température du malade une *pyrexie*, sauf à remettre à un examen ultérieur le soin de se prononcer sur la variété, il se serait tenu en défiance et aurait promptement surpris le caractère de la maladie, qui n'était autre qu'une de ces pyrexies rémittentes, à manifestation locale pneumonique, pyrexies très communes, au moins à Paris, et parfaitement jus-

ticiables de notre précieux fébrifuge, le quinquina. Mais, ne comprenant pas la maladie sans organe malade, sans un phénomène matériel et tangible, Andral, comme les autres cliniciens d'ailleurs, ne pouvant en aucune façon se rendre compte de ce qu'est la fièvre, attendait une explosion phlegmasique, quand elle n'existait pas encore pour en faire le pivot de la maladie et abusait ainsi de l'interprétation pour faire, *de la fièvre qui précède, une conséquence de l'inflammation qui suit.*

« Je ne saurais me défendre d'un profond étonnement en voyant chaque jour avec quelle conviction et quelle confiance sont acceptées de pareilles appréciations et cela par des hommes du plus vaste savoir et de la plus haute intelligence.

« A côté d'Andral, Trousseau : l'éminent professeur fut appelé en consultation auprès d'un de mes malades, jeune homme de dix-huit ans, qui, après cinq jours de fièvre ardente, venait d'être frappé de pneumonie. L'action d'une atmosphère froide et humide, subie durant toute une matinée, paraissait être la cause de la maladie et un violent frisson en avait marqué le début. La température axillaire élevée à 40°,8, le pouls plein et fort, noté à 112, avaient donné la mesure de la fièvre, et à ces phénomènes constitutifs de la pyrexie s'étaient jointes une grande anxiété, une profonde lassitude, une fatigante céphalalgie et une douleur intercostale gauche, douleur à laquelle je n'avais pu attribuer

d'autre caractère que celui de la névralgie; car l'auscultation et la percussion pratiquées avec le plus grand soin et chaque jour renouvelées, ne m'avaient accusé rien que de normal dans l'état matériel des organes thoraciques.

« Cinq jours s'étaient passés ainsi durant lesquels la température organique avait oscillé entre 40° 5 et 41° et durant lesquels aussi le délire s'était progressivement développé pour aboutir à un sommeil soporeux. Telle était la situation, le sixième jour, quand éclata cette pneumonie, à l'occasion de laquelle fut réclamée l'intervention de Trousseau. Armé d'une science profonde, servi par une vive pénétration, admirablement doué pour la pratique aussi bien que pour l'enseignement, Trousseau n'était jamais en peine de diagnostic, et, quelques difficultés qui se pussent rencontrer, rarement il manquait à la solution.

« Le grand clinicien examine le malade avec une sérieuse attention, il percute la poitrine et l'ausculte; il palpe le ventre, il interroge tous les organes et après une exploration minutieuse, une exploration comme il savait la faire, il déclare que nous sommes en présence d'une pneumonie, que telle est la véritable maladie et que tous les phénomènes morbides généraux que nous observons, ne sont que des irradiations symptomatiques de cette affection locale. Non ébranlé dans mon opinion, je fais observer au maître que cette pneumonie, constatée non au siège