

Les observations anatomo-cliniques du Service de R.T.H. Laennec à l'Hôpital Necker (1816-1819) *

par Charles DUBOIS **

Cette communication est tirée d'un travail de mémoire de D.E.A. d'Histoire des Sciences et des Techniques. Il s'agit de l'analyse de 66 observations manuscrites, datées de septembre 1816 à juillet 1819, qui constituent le lot b du classeur I du Fonds du Musée Laennec de Nantes. Nous l'avons choisi parce qu'il regroupe les documents anatomo-cliniques qui correspondent à la période créatrice d'élaboration du *Traité de l'Auscultation médiate*. En fait, la technique a été découverte par Laennec juste avant sa nomination à la chefferie de service de l'Hôpital Necker. Dès février 1818 il présente à l'Académie des Sciences un Mémoire sur l'Auscultation médiate, et la première édition de son *Traité* paraît en août 1819.

Ces observations ont été prises par les internes de Laennec. Mais ses avis sont très souvent cités par les élèves aussi bien dans la partie clinique, que dans la partie qui correspond au compte-rendu d'autopsie. Par ailleurs, les corrections et les compléments d'information autographes de Laennec sont très nombreux dans ces manuscrits. Il nous semble que leur principal intérêt est de porter les traces écrites de certaines grandes innovations sémiologiques et cliniques avant même leur formulation dans le *Traité de l'Auscultation médiate*. Le vecteur de ce mouvement créateur est bien entendu l'introduction de la technique de l'auscultation médiate. Elle n'apparaît dans ces documents qu'avec la 7^e observation, celle de Nicolas Chaudron, datée du mois de décembre 1817. Il y a donc eu un travail personnel de Laennec avant l'utilisation du cylindre de manière quotidienne par ses internes dans le service. Mais à partir du moment où elle apparaît, il est étonnant de constater l'augmentation de la place accordée aux signes physiques dans les observations par rapport aux signes fonctionnels et généraux, auparavant mieux représentés. Initialement, les deux grands signes auscultatoires correspondent à des modifications de la voix des malades. Il s'agit de la pectoriloquie, c'est-à-dire d'une résonance de la voix due à la présence d'une caverne tuberculeuse dans le parenchyme pulmonaire, et de l'égophonie c'est-à-dire d'un timbre chevrotant de la voix lié

* Comité de lecture du 29 avril 1995 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** En collaboration avec J. Pigeaud et J. Dhombres. Centre François Viète, Université de Nantes, 44000 Nantes.

à la présence d'un épanchement liquidien pleural. Très rapidement, au cours de l'année 1818, les autres signes auscultatoires, comme les modifications des bruits respiratoires et les râles, sont notés dans les observations. Le seul signe qui ne figure pas dans ces documents, comme du reste dans la première édition du *Traité*, est la bronchophonie.

Outre ces novations sémiologiques, l'apparition de l'auscultation médiate dans les observations apporte aussi un changement des compte-rendus cliniques. Les examens sont répétés dans le temps, et datés, pour suivre l'évolution des signes. C'est ainsi qu'une des observations de 1818 signale d'abord l'existence d'une pectoriloquie liée à l'auscultation du sommet thoracique droit, de râles crépitants à la partie moyenne sous-jacente, et d'un silence à la base. Les examens suivants permettent de noter la disparition de la pectoriloquie et des râles crépitants, et la présence du signe de la fluctuation lors de la succussion. Cette répétition du travail clinique rend possible l'hypothèse diagnostique de rupture d'une caverne tuberculeuse dans la plèvre, qui est ensuite parfaitement confirmée par une vérification autopsique très soigneuse. Par ailleurs, les autres temps de l'examen thoracique, que sont l'inspection, la palpation, la percussion, la succussion, ne sont pas sous-estimés. Bien au contraire les examens sont prolongés pour quêter le plus possible d'autres données sémiologiques qui puissent être comparées et confrontées à celles de la nouvelle technique.

Ces observations rendent compte, de manière frappante, de l'enrichissement clinique considérable et rapide, rendu possible pour les pathologies pleuro-pulmonaires, par l'introduction de la technique de l'auscultation médiate. L'auscultation immédiate était connue et pratiquée depuis l'Antiquité. Il est possible de remarquer que l'examen de certaines zones thoraciques comme le creux sus-claviculaire, et le creux axillaire est malaisé sans l'usage d'un stéthoscope, et que les signes de la pectoriloquie et de l'égo-phonie sont souvent localisés dans ces régions anatomiques par ces textes. Il est probable aussi qu'outre la meilleure qualité acoustique des signes, l'utilisation du cylindre a également permis une certaine prise de distance à l'égard de ces données sensorielles qui a facilité la formalisation, en quelque sorte intellectuelle, de leur signification. Il faut aussi tenir compte de l'état des acquis culturels médicaux de l'époque pour bien apprécier ces documents. Il est ainsi classique de dire que la partie cardiologique de l'œuvre de Laennec est plus faible que ses apports pneumologiques. Nous trouvons en effet dans les observations des indications sur la force, la tonalité, et les rythmes des bruits du cœur. Il faut bien reconnaître que les hypothèses diagnostiques sont moins audacieuses, et moins bien corrélées aux constatations faites lors des vérifications. Ceci tient essentiellement au fait que les bruits du cœur ne peuvent pas encore être bien compris. Ils sont encore attribués à la contraction des oreillettes et des ventricules, et non au fonctionnement des valves. Il n'en demeure pas moins que l'auscultation enrichit aussi beaucoup les données de l'examen du cœur et des vaisseaux dans ces documents. Plus largement, l'enthousiasme pour la nouvelle technique profite à l'ensemble de l'examen clinique en suscitant un regain d'intérêt général pour toute la sémiologie physique.

Mais ces observations ne sont pour la plupart pas seulement cliniques. L'anatomie pathologique macroscopique y tient également une part très importante. C'est pour Laennec et ses élèves la science fondamentale de la médecine. Les autopsies sont donc presque toujours pratiquées et décrites avec beaucoup de soins. Le délai de réalisation par rapport au décès est précisé. L'aspect général du cadavre est rapidement présenté.

La technique d'incision est indiquée. Le sens crânio-caudal de l'examen est respecté pour éviter les artéfacts vasculaires cérébraux dont se méfiait Laennec. Les notations sont très riches et variées. Elles sont, bien sûr, essentiellement visuelles, mais également tactiles, olfactives, et même acoustiques. L'examen est le plus souvent très complet. Il permet ainsi d'éventuelles découvertes de lésions ne pouvant être soupçonnées sur les données de la clinique. Les dissections sont fines et méthodiques. L'utilisation d'un soufflet permet parfois de vérifier la perméabilité d'une bronche. Celle d'un vase d'eau sert à préciser la densité d'une pièce tissulaire, ou encore le volume et la masse d'un organe. Les indications concernant la taille, l'aspect des viscères, et celui des lésions, sont très imagées et concrètes. Ce sont souvent des comparaisons avec des fruits de tailles et de couleurs très variées. L'aspect le plus marquant de leur contenu réside toutefois dans l'excellence des corrélations anatomiques avec certains signes cliniques comme la pectoriloquie, l'égophonie, les râles crépitants notamment. Nous citons par exemple la diminution localisée du bruit respiratoire signalée dans une observation, pour laquelle le diagnostic d'emphysème parcellaire évoqué sur cette donnée clinique, est confirmée lors de l'autopsie. Ce qui permet d'ajouter que ces textes contiennent les premières descriptions de certaines pathologies comme l'emphysème pulmonaire déjà cité, ou encore la forme atrophique de la cirrhose hépatique.

Bien qu'il soit moins facile à apprécier, il est un autre contenu de ces observations qui nous semble très important, c'est la présence d'une certaine conscience des limites de la méthode anatomo-clinique, et aussi de la thérapeutique. Pour ce qui est de la démarche diagnostique, c'est tout-à-fait net dans les observations de fièvres dites essentielles. L'autopsie ne permet pas de retrouver de lésions expliquant le décès de certains patients, au reste parfois très jeunes. Une splénomégalie a quelquefois été notée dans la partie clinique, mais la vérification précise alors que cette grosse rate est "saine à la coupe". Les médecins ont conscience, même lorsque certaines lésions sont mises en évidence, qu'elles n'expliquent pas non plus tout. Même pour une maladie comme la tuberculose, pour laquelle les diagnostics sont très souvent faits lors de l'examen clinique dans ses localisations pleuro-pulmonaires, et pour laquelle l'unicité évolutive anatomo-pathologique de la maladie allant du tubercule à la caverne excavée est comprise et exprimée, il faut bien entendu attendre 1868 et les travaux de Villemain pour que la contagiosité de la maladie soit démontrée, et 1882 et ceux de Koch pour que l'agent causal soit isolé. Ce que nous voulons exprimer, c'est le fait que l'exactitude du travail anatomo-clinique conduit parfois à la discussion de l'intérêt des constatations faites à l'autopsie. Il n'y a donc pas de dogmatisme dans ces observations. On y trouve du reste des réflexions de défiance à l'égard des théories et des doctrines. Le même pragmatisme se rencontre dans les conduites thérapeutiques. Même si des indications sont retenues, il y a d'abord une volonté de ne pas nuire à une éventuelle évolution favorable. La seule exception concerne les ponctions d'empyème, qui sont rencontrées dans les observations 16 et 47, et pour lesquelles Laennec impose avec vigueur un raisonnement et une conduite en trois temps, plus proche de nos démarches contemporaines : Signes - Diagnostic - Traitement.

Faire de l'histoire de la médecine, c'est aussi prendre intérêt aux hommes que les documents font découvrir. L'âge moyen des malades hospitalisés est très inférieur à celui rencontré maintenant. Beaucoup décèdent, très jeunes, de pathologies infectieuses, et notamment de tuberculose, qui est l'étiologie de loin la plus fréquemment

rencontrée. Les origines socio-professionnelles des malades sont humbles. Il s'agit de charretiers, de maçons, de ramoneurs, de marchandes de pommes, de boulangères... Ils viennent à l'hôpital pour recevoir les derniers soins et y mourir, ou parce qu'ils n'ont plus la force de gagner le pain pour vivre. L'Hôpital Necker est encore assez proche de la mission fixée à l'Hospice Saint-Sulpice par Madame Necker, lors de sa création en 1778. Il y a peu de renseignements sur les modes de vie des patients dans ces textes qui sont très techniques. On peut y trouver quelques allusions historiques à certaines campagnes militaires faites par d'anciens soldats, ou encore à la journée du 10 août 1792 au cours de laquelle l'époux d'une des malades avait été tué.

Les documents laissent par ailleurs découvrir les relations humaines dans le service. Les observations font paraître le respect qu'ont les internes pour le Maître. On sait qu'il les choisissait très souvent d'origine bretonne. Plusieurs font état aussi de la mauvaise santé de Laennec. Pour autant, sa présence en salle comme à l'amphithéâtre est tout à fait importante, et outre son rôle de médecin chef de service il y assure des fonctions d'enseignant quotidiennes alors qu'il n'est pas encore professeur. Elles s'adressent bien sûr à ses internes, mais aussi à des médecins de passage, et parfois à des collègues parisiens très titrés. Comme souvent chez les grands enseignants, il met alors en scène de manière quasi théâtrale ses interventions.

Nous concluons en disant que ces manuscrits comportent une réelle dimension "poétique" et culturelle, même s'il s'agit de clinique et d'anatomie pathologique. Le style, les images utilisées, portent les marques du désir de l'intelligence des signes. C'est aussi pour cela qu'elles sont restées des traces du magnifique renouveau de la clinique suscité par Laennec mais aussi celles du processus de gestation d'un des plus grands livres de l'histoire de la médecine, le *Traité de l'Auscultation médiate*.

SUMMARY

It is through Laennec's students observations, revised by himself, that we are able to follow his medical knowledge strides. Starting from the first mediate auscultation (1817) it shows the raising prevalence of physical marks against functional ones. It starts by the impairing of human voice sounds and tackles abnormal breathing murmurs ; all these are combined with every other investigating process as percussion. Nevertheless, some failings appear about cardiology wich is occasionally defective.

Very complete autopsies give now famous descriptions of pulmonary emphysema and atrophic cirrhosis.

Such a documentation shows how high a value Laennec and his followers were setting on anatomo-clinical method though they admitted its limit.