

pulmonaire, et Rokitansky mentionne un fait dans lequel l'aorte était ouverte immédiatement après sa crosse, de manière à déverser le sang dans une caverne occupant le sommet du poumon gauche. — Il faut connaître ces faits, mais il faut aussi se souvenir qu'ils sont absolument exceptionnels.

---

## DIX-SEPTIÈME LEÇON

### TUBERCULOSE. — PHTHISIES PULMONAIRES.

(SUITE.)

---

**De la curabilité.** — Conséquences de la doctrine unitaire et de la doctrine dualiste.

Division du sujet. — Examen des faits relatifs à la tuberculose miliaire aiguë.

De la curabilité des processus pneumoniques phthisiogènes. — Distinction des phases de ramollissement et d'excavation. — La guérison est possible dans les deux périodes. — Observations. — Des conditions les meilleures pour la guérison.

De la curabilité de la phthisie tuberculeuse. — Insuffisance des faits. — La question ne peut être résolue. — Raisons de cette incertitude.

Domaine respectif de la phthisie pneumonique et de la tuberculose. — De la direction nouvelle à donner aux recherches statistiques.

MESSIEURS,

C'est de la curabilité de la phthisie pulmonaire que je me propose de vous entretenir aujourd'hui, et je vous supplie de ne pas accueillir cette expression avec la défiance et le scepticisme préconçus qu'elle soulève trop souvent parmi nous, avant tout examen sérieux. Une semblable fin de non-recevoir n'est plus soutenable aujourd'hui, et si elle trouvait encore quelques partisans, elle témoignerait tout simplement de leur légèreté ou de

leur ignorance. Qu'on ait pu affirmer au préalable et une fois pour toutes l'incurabilité de la phthisie alors qu'on la rapportait invariablement à une néoplasie diathésique, la chose se conçoit : mais aujourd'hui la situation est autre ; il n'y a plus dans la nature, dans la lésion même de la maladie, une raison suffisante d'évolution fatale, et du jour où il est prouvé que la phthisie est due le plus souvent à un simple processus pneumonique, l'arrêt anticipé dicté par la doctrine de Laennec doit être cassé, et c'est là sans contredit le fruit le plus précieux de la réforme phthisiologique. L'idée de guérison appliquée à la phthisie n'est plus l'équivalent d'une impossibilité nosologique ; et si nous avons encore la charge de prouver par des faits la réalité de cette heureuse terminaison, nul n'est plus en droit de nous arrêter au début même de notre démonstration, en arguant contre nous de l'évolution bien connue des produits diathésiques.

Dans cette étude, je ne veux pas envisager seulement l'état chronique de phthisie, je veux aborder la question dans son ensemble, c'est-à-dire au triple point de vue de la tuberculose, des processus pneumoniques phthisiogènes et de la phthisie confirmée. Aussi je conserverai la division que j'ai adoptée dans mes leçons sur le diagnostic différentiel des phthisies, et j'examinerai successivement les formes à début aigu et les formes à début chronique ; cette division est basée sur les caractères mêmes des faits cliniques, et c'est surtout lorsqu'il s'agit de curabilité et de traitement qu'elle mérite d'être maintenue, car elle est féconde en applications pratiques.

Vous savez que j'entends sous le nom de début aigu l'invasion brusque par de la fièvre et un état général

grave qui confine le malade au lit, et vous n'avez pas oublié, je pense, que nous avons reconnu un pareil mode de début à deux espèces morbides bien distinctes, d'une part la granulose miliaire généralisée, seule forme de tuberculose vraie, je vous le rappelle, qui présente un tel commencement ; d'autre part, les processus pneumoniques variés, lobulaires ou lobaires, qui aboutissent à la phthisie après avoir eu des allures primitivement aiguës. Où en sommes-nous en présence de ces formes au point de vue de la curabilité ?

En ce qui concerne la tuberculose miliaire aiguë, il n'y a pas bien longtemps encore que j'aurais été contraint de vous en affirmer la mortalité constante ; mais on ne saurait sans présomption formuler aujourd'hui une proposition aussi absolue. Les cas qui commandent une certaine réserve sont bien peu nombreux sans doute, peut-être même incomplètement significatifs ; mais, tels qu'ils sont, ils doivent être pris en considération, non pas certes pour modifier dès à présent le pronostic de cette terrible maladie, mais pour établir ce fait capital que la guérison n'est point une impossibilité chimérique. Lebert rapporte que, dans quatre autopsies, il a constaté une tuberculose miliaire disséminée guérie (ce sont les expressions dont il se sert) ; les résidus de la maladie présentaient les caractères d'un processus complètement éteint. A côté de ces quatre cas qui, tout en n'ayant qu'un intérêt anatomique, prouvent l'arrêt et la réparation de la tuberculose miliaire aiguë, Lebert cite deux autres faits, dans lesquels il a observé cliniquement la guérison de la maladie, alors que les particularités et la marche des symptômes ne permettaient aucun doute quant à la justesse de l'appré-

ciation diagnostique (1). D'un autre côté, Sick a appelé l'attention sur des cas de même nature (2), de sorte que si le bilan de la curabilité est trop pauvre pour autoriser l'espérance, ce dont je conviens, il doit pourtant faire suspendre la conclusion absolue qui eut jusqu'ici force de loi. — Évidemment on peut dire, à propos de ces cas de guérison, que le diagnostic était erroné; cependant il ne faudrait pas abuser de cette objection, car on risquerait alors de donner la preuve, non d'une sage défiance, mais d'un vulgaire parti pris; pour moi, lorsque des observateurs compétents et consciencieux, d'une autorité considérable, comme celle dont jouit justement Lebert, viennent me dire que dans les faits cités ils ont été sûrs du diagnostic, je ne me reconnais pas le droit, entendez-vous, de répondre par un grossier démenti, ou par un sourire d'incrédulité, à leur affirmation sévère et convaincue. Voyons les choses froidement, évitons l'excès dans l'un ou l'autre sens, et nous conviendrons que ces observations nouvelles imposent une conclusion qui, pour être vague, est, dans l'espèce, tout à fait favorable: cette conclusion, c'est que, pour la tuberculose miliaire aiguë, la question de curabilité est à revoir.

Je suis heureux de vous dire qu'il n'en est pas de même pour les pneumonies ulcéralives ou phthisiogènes aiguës, et pour celles-là, fort des résultats de mon observation, j'en affirme la curabilité à toutes les périodes, celle d'excavation comprise. Ne me prêtez point, je vous prie, une

(1) Lebert, *Grundzüge der ärztlichen Praxis*. Tübingen, 1867.

(2) Sick, *Geheilte Miliartuberculose der Lungen* (*Med. Correspondenzblatt des Württemberg. ärztlichen Vereins*, 1866).

opinion qui n'est pas mienne: je n'entends pas dire que ces processus pneumoniques guérissent toujours; en d'autres termes, je n'en affirme pas la curabilité constante, j'en proclame et j'en maintiens la curabilité possible. Rappelez-vous, messieurs, que ces pneumonies casécuses aiguës comprennent tous les faits qui ont été dénommés phthisies aiguës, phthisies galopantes, et vous serez pénétrés, j'imagine, de la valeur du fait que j'avance; c'est une révolution véritable dans le pronostic général de la phthisie, mais le bénéfice en est subordonné, comme nous le verrons, à une réforme thérapeutique complète.

Les chances de curabilité sont d'autant plus nombreuses, cela va sans dire, que les désordres pulmonaires sont moins considérables, et il y a lieu, au point de vue de la pratique, de distinguer ici deux groupes de cas, qui ne diffèrent en somme que par la profondeur des lésions, ou, si vous aimez mieux, par l'âge de la maladie. Quelques mots d'explication vous feront parfaitement comprendre les raisons de cette distinction, et les moyens de cette appréciation clinique. Les pneumonies lobulaires ou lobaires qui, par une marche aiguë, aboutissent à la phthisie, passent toujours successivement par les deux phases que voici: Après une durée qui dépasse les délais maxima de la résolution dans les pneumonies non casécuses, apparaissent les phénomènes physiques qui révèlent le ramollissement des exsudats; des râles dont le volume et le nombre vont croissant, remplacent les signes de l'induration. Mais, bien loin que ce changement soit l'indice de l'élimination des produits qui encombrant le poumon, bien loin qu'il soit suivi d'une résolution véritable, il est le signal d'une période stationnaire de durée indéter-

minée, pendant laquelle on voit persister tous les signes qui indiquent la présence d'exsudats liquides ou semi-liquides ; le plus souvent les phénomènes fébriles persistent aussi, en présentant seulement des rémissions matinales plus accusées qu'auparavant. Dès ce moment, surtout chez les sujets de constitution mauvaise, le caractère phthisiogène de la pneumonie est certain ; la phthisie, c'est-à-dire l'ulcération, est imminente. Dès ce moment, on peut craindre que la nécrobiose ne reste pas bornée aux produits inflammatoires eux-mêmes, et qu'elle atteigne les cloisons interalvéolaires, et de proche en proche détruise le tissu du poumon. Dans les cas dont l'évolution n'est pas enrayée, on voit en effet succéder à la période précédente une nouvelle phase, que caractérise l'apparition, sur un ou plusieurs points, de râles cavernuleux, d'un souffle à timbre cavitairé, d'une pectoriloquie à voix haute et aphonique, d'un gargouillement limité, qui est distingué par sa circonscription même et par son timbre creux, des bouffées de gros râles muqueux qui font explosion dans les régions voisines non ulcérées, à chaque secousse de la toux et pendant les fortes inspirations. — Les signes physiques ne révèlent que les degrés extrêmes de ces deux périodes ; entre l'époque du ramollissement simple de l'exsudat et le moment où l'auscultation peut déceler la perte de substance, il est bien clair qu'il y a un temps intermédiaire, durant lequel la nécrobiose commence à atteindre le tissu même du poumon, sans que la destruction puisse être appréciée par des signes certains, en raison de sa très-petite étendue. C'est pour tenir compte de cet état de transition, que je vous propose de dénommer la première phase de la

pneumonie devenue caséuse, *phase de ramollissement ulcératif*, et la seconde, *phase d'ulcération ou d'excavation*.

Cet énoncé suffit pour montrer combien la première période est plus favorable que l'autre au point de vue de la curabilité ; mais, cette réserve exprimée, j'affirme qu'à ces deux degrés le processus pneumonique phthisiogène est curable.

Le 4 février 1870, entré, salle Saint-Claire, n° 9, une femme de trente-neuf ans, qui était au quatrième jour d'une maladie aiguë. A la suite d'un refroidissement, cette femme avait été subitement prise de frisson, de fièvre, d'un point de côté, et dès les premiers moments de cette atteinte elle avait dû se mettre au lit ; le lendemain, une toux rare et pénible était survenue : tout révélait donc l'existence d'une affection pulmonaire aiguë, et l'unité du frisson, la brusquerie franche de l'invasion, la gravité de l'état général, indiquaient que cette affection aiguë était une pneumonie. Cependant, au matin du cinquième jour, les résultats de l'examen de la poitrine n'étaient pas encore bien significatifs ; beaucoup, peut-être, les eussent considérés comme nuls ; il n'y avait d'autre anomalie qu'un son tympanique à la percussion dans toute l'étendue du lobe inférieur droit : pour moi, ce son dénotait, à n'en pas douter, un noyau de pneumonie déjà constituée, mais séparée encore de la surface par une couche de tissu sain, dans lequel l'air était plus ou moins raréfié. J'ai observé si souvent déjà ce phénomène initial, que je ne puis hésiter sur sa valeur sémiologique. Le thermomètre marquait 39°,9 le matin, et 40° le soir. — Le lendemain matin, qui était le sixième jour à compter du

frisson, le tympanisme avait fait place à de la matité, et l'on percevait des râles crépitants vrais déjà mêlés de souffle tubaire; la pneumonie était palpable; on pouvait même affirmer que le foyer profond était déjà hépatisé, tandis que les couches superficielles correspondantes secondairement atteintes, étaient encore à la période d'exsudation liquide. L'inflammation était limitée au lobe inférieur, mais, le soir même, elle s'étendait au lobe moyen, et le lendemain, 7 février, septième jour, nous la retrouvons stationnaire dans ces mêmes régions. L'état général était sérieux, la respiration était hale-tante et incomplète; il y avait une certaine tendance à la somnolence avec léger *subdelirium*.

A ne considérer que ces phénomènes, il n'y avait rien d'insolite, l'état était bien celui d'une pneumonie grave qui débute par la profondeur, et qui compromet les forces organiques avant même de se révéler à l'examen stéthoscopique; l'expectoration complétait d'ailleurs la similitude: les crachats étaient visqueux, transparents, adhérents et intimement mêlés de sang. Mais l'observation du mouvement fébrile introduisait, dans cette situation si nette en apparence, de sérieux motifs de réserve; elle révélait des anomalies qui, par elles seules, devaient inspirer une grande défiance touchant le véritable caractère de cette pneumonie. Du cinquième au septième jour, la pneumonie avait gagné en étendue, atteignant successivement les couches superficielles du lobe inférieur, puis le lobe moyen, et pourtant la fièvre allait diminuant au point de tomber, dans cet espace de quarante-huit heures, de 40° à 38°,5, chiffre qu'elle présentait au soir du septième jour. Une pareille discordance était étrange.

à tout le moins, et bien faite pour éveiller l'attention; il devenait certain que la pneumonie n'était pas franche, et cette circonstance, jointe à la mauvaise constitution de la malade, qui était faible et chétive, pouvait déjà faire songer à une évolution caséuse. Cette présomption devenait bien plus légitime le jour suivant, huitième de la maladie, car le poumon gauche se prenait à son tour; nous y trouvions des râles crépitants dans le lobe inférieur, des râles plus volumineux dans les parties supérieures, et le thermomètre n'exprimait ce nouveau processus que par une élévation de quelques dixièmes de degré, élévation tout à fait temporaire d'ailleurs, et qui, dès le lendemain, faisait place à une température plus basse que celle des jours précédents. L'état général cependant s'accusait de plus en plus grave: les deux pommettes étaient plaquées d'une rougeur livide, les lèvres étaient violacées, les conjonctives injectées; la dyspnée, excessive, arrivait à l'orthopnée; la langue était sèche, les dents fuligineuses; la prostration était profonde, l'action du cœur commençait à être irrégulière.

Au neuvième jour, la pneumonie est nettement caractérisée à gauche; en bas, les signes de l'induration lobaire ont succédé aux phénomènes de fluxion exsudative; en haut, les signes de l'inflammation catarrhale sont plus accentués, et l'expectoration présente une couche de mucosités spumeuses qui recouvrent les crachats sanglants et visqueux adhérents au fond du vase. Ce même jour, les irrégularités du cœur se prononcent davantage, l'impulsion est des plus faibles; le pouls est irrégulier, filiforme; il n'y a pas vestige de récurrence radiale, l'adynamie est aussi complète que possible. Dès le début,

vous le pensez bien, j'avais soumis cette femme à un traitement stimulant dont l'alcool et le vin étaient la base ; je porte alors la dose d'eau-de-vie à 80 grammes, j'ajoute, à la potion, du sirop d'éther et de l'acétate d'ammoniaque, et je fais appliquer, matin et soir, des ventouses sèches en nombre sur les membres inférieurs. Au dixième jour, la situation n'est pas plus mauvaise ; on peut même croire à une résolution qui mettra fin à tout cet orage, car la température est pour la première fois abaissée à 38° ; le soir, elle ne se relève que de deux dixièmes, et l'apparition de râles fins dans les régions hépatisées témoigne de la dissociation et du ramollissement de l'exsudat. — Cette espérance est bientôt déçue : l'état général n'est amélioré que sous le rapport de la fièvre, qui présente jusqu'au quinzième jour la régularité d'une rémittente à accès vespéral ; mais les désordres de l'appareil circulatoire subsistent avec les mêmes caractères, et, quant à l'état local, il est modifié, mais non point amendé, bien au contraire. Les râles sous-crépitaux résultant de la fonte des exsudats lobaires s'ajoutent à ceux qui existaient déjà dans les parties supérieures du poumon gauche ; le souffle et la bronchophonie finissent par disparaître sur tous les points, excepté à l'angle de l'omoplate droite, et bientôt il faut reconnaître qu'au point de vue de la perméabilité, l'état de l'appareil respiratoire est devenu plus grave ; l'encombrement par des produits plus ou moins liquides est général, il ne manque que dans le lobe supérieur droit ; vainement l'expectoration devient plus abondante et plus facile, cette élimination est sans effet sur le dégagement du tissu. Le quinzième jour arrive : la situation est toujours la même, mais

la fièvre augmente, les crachats sont manifestement purulents, la cyanose et l'oppression reprennent leur intensité première : à gauche, dans toute l'étendue du poumon, on entend des râles sous-crépitaux à éclat métallique ; à droite, les râles sont un peu plus gros, et au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate et dans la partie immédiatement contiguë de la région axillaire, il y a encore du souffle bronchique et de la bronchophonie. — Vous remarquerez, je vous prie, que les lésions ont toujours occupé les mêmes points, soit à droite, soit à gauche ; il ne s'agissait donc point ici d'une de ces pneumonies à foyers successifs et mobiles, qui doivent à cette répétition une prolongation insolite. Non, la pneumonie de droite occupait, au quinzième jour et plus tard encore, la même étendue qu'au début ; celle de gauche était éternisée sur place sans extension secondaire. Une fois ce point de diagnostic tranché, j'arrivais rationnellement à conclure que nous assistions à la phase de ramollissement d'une pneumonie caséuse à marche aiguë. Malgré ma confiance, tant de fois justifiée, dans l'efficacité de l'alcool, je ne pensai pas, en raison de la détérioration organique de la malade, qu'elle pût échapper à la phase d'excavation, à moins qu'elle n'y fût soustraite par une mort plus prompte encore, due aux progrès de l'anémotomie. C'est entre ces deux éventualités que j'assis mon pronostic ; la seconde, fort heureusement ne fut point réalisée, et la première le fut si peu, que la guérison, contre toute attente, put être obtenue.

Il fallait avant tout assurer l'énergie contractile du cœur ; dans ce but, j'introduisis, le seizième jour, dans la médication, une infusion de digitale à 60 centi-

grammes : par une singulière coïncidence, il y eut, le soir même, une recrudescence fébrile qui ramena le thermomètre au-dessus de 39°; la dyspnée, ce jour-là, fut à son comble, la suffocation semblait imminente, le pouls était à peine perceptible ; dès le lendemain, il était un peu relevé, et la fièvre avait repris ses allures torpides, dépassant de peu le chiffre 38°. Vingt-quatre heures plus tard, la force du pouls était encore accrue, la récurrence radiale commençait à reparaitre, l'impulsion du cœur était plus sensible : il était certain que l'administration de la digitale avait été parfaitement opportune, et que le péril immédiat résultant de la parésie cardiaque était conjuré ; les lésions pneumoniques pourraient accomplir leur évolution complète. Au dix-huitième jour, la digitale fut supprimée : la fièvre était nulle, et elle demeura telle jusqu'au vingt-quatrième ; les contractions cardiaques étaient bonnes eu égard à l'adynamie de la malade, mais l'encombrement pulmonaire persistait, et les seules modifications notables, jusqu'au vingt-cinquième jour, furent l'augmentation de volume des râles sur certains points, et la purulence toujours plus marquée de l'expectoration. Depuis ce moment, ces caractères s'accrochèrent de plus en plus jusqu'au trente-troisième jour, et il y eut un retour de fièvre assez marqué ; dans les zones où les râles muqueux avaient acquis le volume le plus considérable, un certain nombre de cloisons alvéolaires avaient probablement disparu, de là le grossissement par fusion des bulles de rhonchus. Cette interprétation s'imposait vraiment à quiconque avait suivi la marche des phénomènes. Du reste, elle était corroborée par l'apparition d'un souffle cavitaire avec gargouillement à l'angle

de l'omoplate droite, dans une étendue égale à celle d'une pièce d'un franc environ. Je ne doutai pas dès lors que le caractère ulcératif du processus ne se manifestât sur d'autres points, et que la patiente ne fût bientôt dans un état de phthisie confirmée. L'événement a prouvé que ce jugement était prématuré.

Tandis que l'état local subissait les modifications que je viens de décrire, l'état général présentait une amélioration non douteuse : la régularisation de l'action du cœur avait dissipé la cyanose ; la respiration était un peu plus libre, et la faiblesse, bien qu'extrême encore, n'était plus la prostration profonde des premières semaines. Au trente-cinquième jour le changement de l'état général était vraiment très-accusé, et il acquit à nos yeux une signification bien positive, lorsque je vis les jours s'écouler sans que je pusse constater de nouveaux désordres dans les poumons. A dater de ce moment, l'expectoration, toujours purulente, devint plus efficace au point de vue de l'élimination des produits ramollis, c'était la preuve que le processus était enrayé ; les râles commencèrent à disparaître sur quelques points, du quarante-cinquième au cinquantième jour il n'y eut plus vestige de l'encombrement des poumons, la perméabilité en était complètement restaurée. Au niveau de la petite cavité du côté droit, des modifications non moins considérables s'étaient produites : d'abord le gargouillement avait disparu, et le souffle à timbre cavitaire était resté seul avec une bronchophonie articulée de même caractère ; puis la zone soufflante s'était rétrécie, la bronchophonie avait cessé, et durant quelques jours il n'y eut plus en ce point qu'un souffle très-restreint, quasi linéaire, sans timbre

caverneux, lequel finit par s'éteindre totalement. L'observation avec le thermomètre fut encore continuée jusqu'au cinquante-sixième jour; puis je gardai la malade encore dix jours pour être bien certain de la persistance de sa guérison, et au bout de ce temps elle partit pour la campagne en parfaite santé. Un dernier examen des poumons, pratiqué le matin même de son départ, nous fit constater une fois de plus l'absence de tout signe stéthoscopique, de tout reliquat morbide appréciable.

Voilà donc un processus pneumonique, bien certainement caséux et phthisiogène, qui a été curable à la période de ramollissement ulcéral. L'importance de ce fait est vraiment considérable, car les phthisies à marche aiguë sont loin d'être rares; le succès est subordonné au mode de traitement, cela va sans dire, mais d'une manière générale, et la médication étant supposée convenable, cette forme de phthisie est plus facilement enrayée que la phthisie, également pneumonique, dont les allures sont d'emblée torpides. Mes observations m'ont convaincu, en outre, que cette forme, qui englobe, je vous le rappelle, toutes les phthisies dites aiguës, rapides ou galopantes, présente plus de chances de curabilité chez les individus qui ont dépassé l'âge de vingt ans.

Dans le fait que je viens de vous rapporter les signes d'ulcération pulmonaire se sont montrés du trentième au trente-cinquième jour, le processus a donc été tout à fait rapide; mais cette allure précipitée n'est point insolite, sachez-le bien. Chez l'homme de Saint-Jérôme, dont je vous ai présenté les pièces anatomiques, le caractère ulcéreux de la pneumonie n'a pas été plus tardif; et j'ai vu un autre cas à terminaison encore incertaine, dans

lequel une caverne pneumonique a été produite avant le quarantième jour. L'ulcération a été plus rapide encore chez la jeune fille de Saint-Denis, dont les poumons étaient criblés de cavernes après un mois de maladie (1).

Je vous ai dit que la pneumonie caséuse à début aigu peut encore être guérie à la période d'excavation; le fait suivant vient justifier ma proposition.

L'homme de quarante-deux ans, que vous voyez aujourd'hui au n° 5 de la salle Saint-Jérôme, est entré dans le service le 11 octobre 1871. Il n'y a chez lui aucun

(1) Tout récemment (6 juillet), j'ai été mandé à Limoges auprès d'un jeune homme de dix-sept ans dont l'histoire est malheureusement trop démonstrative au point de vue de la rapidité d'allures que présentent parfois les pneumonies phthisiogènes: Ce malade, de constitution faible et lymphatique, a été pris le 25 mai 1872 d'une pneumonie catarrhale aiguë; vers le 10 juin, il présenta une amélioration assez marquée pour qu'il ait pu quitter sa chambre et reprendre pendant quelques jours sa vie ordinaire; le seul phénomène morbide persistant était une toux assez fréquente et quinteuse. Peu après, vers le 20 juin, il est repris de fièvre; il présente dans les régions supérieures des deux côtés les signes stéthoscopiques d'une nouvelle broncho-pneumonie, à laquelle s'ajoute bientôt une hépatisation de la base droite en avant et de la base gauche en arrière. L'organisme se détériore rapidement, l'amaigrissement apparaît, rapide et continu, avec des sueurs nocturnes profuses; et quand je vois le malade le 7 juillet au matin, je constate, avec mes honorables confrères le docteur Ballet (d'Ambazac) et le professeur Bardinet (de Limoges), une excavation au centre de la partie hépatisée de droite, et un ramollissement cavernuleux de la base gauche. L'évolution de cette maladie avait été si habilement suivie par mes confrères, qu'il ne pouvait y avoir de doute sur la date et l'enchaînement des accidents, et les désordres que nous observions ensemble étaient le résultat d'un processus phthisiogène de vingt jours de durée. Nous avons, d'un commun accord, institué un traitement stimulant ayant l'alcool, le vin et le quinquina pour bases. Vingt jours plus tard, j'ai été rappelé auprès de ce malade, et j'ai eu la satisfaction de constater, dans l'état local et dans l'état général, une amélioration qui ne permet pas de douter d'une guérison complète dans un avenir prochain.