

Une femme, âgée trente-cinq ans, nous est arrivée avec des douleurs très vives au creux de l'estomac, douleurs survenant quelques heures après les repas ou parfois pendant la nuit, et se terminant assez souvent par des vomissements alimentaires. Chez cette malade, nerveuse et impressionnable, on aurait autrefois formulé le diagnostic très simple de gastralgie, et on n'aurait pas manqué de lui administrer des sédatifs, des opiacés, qui auraient pu la calmer, mais qui ne l'auraient certes pas guérie.

En considérant les caractères des douleurs épigastriques survenant parfois pendant la nuit et quelques heures après les repas, je pensai qu'il s'agissait d'une dyspepsie hyperchlorhydrique, et j'administrai les alcalins à haute dose. L'insuccès complet de la médication me prouva bientôt que je m'étais trompé, et en m'appuyant sur certains symptômes qu'on ne rencontre pas habituellement dans cette forme de dyspepsie, principalement sur l'existence de vomissements alimentaires, j'émis ensuite l'idée qu'il s'agissait d'hyperacidité gastrique par *hypochlorhydrie* et par fermentations stomacales. L'examen du suc gastrique démontra, en effet, la diminution de l'acide chlorhydrique et la présence d'acide lactique en quantité anormale. L'administration de l'acide chlorhydrique fit alors disparaître tous les accidents, les douleurs avec les vomissements, et la malade, complètement guérie en quelques jours, va quitter l'hôpital.

Voici maintenant un homme de trente-deux ans atteint depuis plusieurs mois d'une « gastralgie » très intense. Il s'agissait d'accès *pseudo-gastralgiques* provoqués par un état permanent d'hyperchlorhydrie, comme l'examen chimique du suc gastrique l'a démontré, et caractérisés par des douleurs épigastriques survenant surtout à l'état de vacuité de l'estomac, trois à quatre heures après les repas et surtout pendant la nuit. Ici, la sensation de la faim et de la soif était augmentée, l'ingestion de quelques aliments et

même d'un peu de liquide réussissait à calmer les souffrances, la viande était très bien supportée, tandis que les matières amylacées et les légumes étaient d'une digestion lente et difficile; il y avait le matin quelques vomiturations acides. Il n'en fallait pas davantage pour confirmer le diagnostic de *pseudo-gastralgie hyperchlorhydrique* et pour indiquer le traitement par le régime lacté mixte et l'emploi des alcalins à haute dose (15 à 20 grammes de bicarbonate de soude par jour, ou encore une cuillerée à café, trois à six fois par jour, d'une poudre composée de bicarbonate de soude, de magnésie et de phosphate neutre de soude à parties égales). Après quinze jours de cette médication, le malade sortit de l'hôpital tout à fait guéri.

II. — Thérapeutique compensatrice, physiologique.

Dans la précédente leçon, j'ai montré trois symptômes, la dyspnée chez des cardiaques, la fièvre chez les tuberculeux, les douleurs gastriques chez deux dyspeptiques, que nous n'avons traités ni par la digitale, ni par la morphine, ni toujours par la quinine, mais par le régime lacté chez les uns et l'acide chlorhydrique ou les alcalins chez les autres, par des moyens divers en rapport avec la notion pathogénique. Ces exemples que j'ai choisis à dessein m'amènent à indiquer la méthode que nous avons adoptée pour instituer ces diverses médications.

En thérapeutique, prendre un symptôme pour le combattre, c'est faire seulement de la médication *symptomatique*, et lorsque dans une maladie nous combattons l'insomnie par les hypnotiques, la constipation par les laxatifs, la diarrhée par les astringents, la dyspnée des asthmatiques ou des cardiaques par la morphine, nous ne faisons pas autre chose; nous pouvons supprimer pour quelque temps un symptôme, mais nous n'en écartons pas la cause, et souvent notre thérapeutique n'obéit qu'à l'empirisme le plus élémentaire.

Mais il ne suffit pas de constater un symptôme et de le combattre, on ne doit pas seulement chercher la cause (thérapeutique *étiologique*), il faut encore étudier le mode de production de cette cause, sa physiologie en quelque sorte. C'est ainsi que nous avons fait de la médication *pathogénique* chez nos scléreux et nos dyspeptiques : thérapeutique de l'avenir, dont je vous ai appris naguère à vous inspirer toujours dans une de mes leçons inaugurales de l'hôpital Bichat (1).

Malheureusement, la thérapeutique pathogénique qui nous permet, suivant les cas, de combattre la dyspnée, tantôt par la digitale, tantôt par le régime lacté dans les maladies du cœur, qui nous enseigne la guérison des douleurs gastriques par les alcalins ou par l'acide chlorhydrique, cette thérapeutique n'est pas applicable à tous les cas. Voici deux exemples à l'appui.

Vous avez vu ces deux malades, couchés l'un au n° 12, l'autre au n° 27 de la salle Chauffard. Tous deux, ils étaient atteints d'une pneumonie extrêmement grave, et chez le premier, les lésions très étendues existaient des deux côtés. Température très élevée (à 39°8 et 40°7), langue sèche et fuligineuse, prostration considérable des forces, tout contribuait à assombrir le pronostic. Chez ces deux malades, les battements du cœur étaient accélérés, le choc précordial semblait assez fort et vigoureux, la fibre cardiaque ne paraissait pas atteinte, et cependant vous m'avez vu dès le début prescrire pendant un jour une dose massive de digitaline cristallisée (1 milligramme), pour la renouveler quelques jours après. Nos malades ont guéri, un peu contre toute attente.

Sans doute, vous aurez des revers, et je ne publie pas que des succès; mais, comme nous ne pouvons rien, absolument rien contre le processus pneumonique, comme nous

(1) *Leçons de l'hôpital Bichat sur la thérapeutique pathogénique* (Rev. de clin. et thérap., 1891).

n'en sommes plus à recommander les expectorants, le kermès, l'antimoine, le tartre stibié qui ont pour effet d'affaiblir le malade, ni la saignée qui déprime les forces, ni les vésicatoires dont la principale indication consiste à n'être jamais indiqués dans les maladies infectieuses, nous sommes bien obligés de faire autre chose.

Or, dans le cours d'une pneumonie, il est un organe qui est appelé à soutenir la lutte contre l'énorme embarras circulatoire du poumon; cet organe, c'est le cœur. Ce qui m'a fait dire : *la maladie est au poumon, le danger au cœur.*

Sans doute, la pneumonie étant une maladie infectieuse et par conséquent générale, on peut dire que le danger est partout, dans l'organisme tout entier. De là donc à prescrire les bains froids dans la pneumonie comme dans toute maladie infectieuse, il n'y a qu'un pas, et ce pas a déjà été franchi depuis longtemps. Aussi, je baigne sans crainte nos pneumoniques, parce que les bains froids remplissent un grand nombre d'indications dans la pneumonie comme dans la fièvre typhoïde, parce qu'ils activent la diurèse, parce qu'ils abaissent la température, parce qu'ils refrènent l'excitation nerveuse, parce qu'ils tonifient l'organisme, parce qu'ils élèvent la tension artérielle et soutiennent le cœur, enfin parce qu'en augmentant la production des leucocytes ils favorisent sans doute le travail utile de la phagocytose, comme un auteur américain, Billings, paraît l'avoir démontré.

Mais cela ne veut pas dire que les médications systématiques doivent nous faire méconnaître les dangers des complications souvent inhérentes aux maladies. Or, dans la pneumonie, qu'arrive-t-il le plus souvent? Le cœur, impassible dès les premiers jours, ne tarde pas à précipiter et à accentuer ses battements; la systole est vigoureuse, le pouls parfois vibrant, et l'on s'appuie souvent, comme je le disais naguère (1) sur ces caractères pour croire inutile toute inter-

(1) *Traitement de la pneumonie grippale* (Soc. de thérap. et Bull. médic., 1892).

vention cardiaque. On ne s'aperçoit pas que le cœur se contracte violemment pour lutter et parce qu'il lutte, et que, bientôt épuisé, il ne se relèvera plus; on ne s'aperçoit pas que cette force apparente de l'organe est déjà un indice, une cause prochaine de sa faiblesse. En effet, après cette période d'excitation, le myocarde faiblit, et c'est à ce moment seulement que l'on songe à donner de la digitale, quand elle ne peut plus rien faire sur un organe dont la contractilité est presque épuisée, et quand elle ne peut plus favoriser cette diurèse bienfaisante qui assure la dépuración de l'organisme. Voilà les raisons pour lesquelles la digitale doit être prescrite de bonne heure, au début même de la pneumonie, non dans son cours, non pas pour combattre le processus fébrile comme le pensaient autrefois Traube et Hirtz (de Strasbourg), non pas pour « juguler » la maladie, comme Pétresco (de Bucharest) paraît le croire, mais pour donner au cœur une force de réserve dont il aura besoin pour lutter.

C'est là une thérapeutique à laquelle je donne le nom de *compensatrice* et que je formule ainsi : Quand un organe est malade, il faut faire agir les organes sains et compensateurs. Je m'explique.

Vous êtes en présence d'un ictère grave. Les accidents deviennent de plus en plus sérieux, l'adynamie est profonde, les hémorragies menaçantes, le péril imminent, quand se produit une forte crise urinaire qui sauve le patient. Que nous enseigne la clinique dans ce cas ? Elle nous montre que ce n'est pas du côté du foie, c'est-à-dire du côté de l'organe malade et désormais impuissant, que l'on peut et que l'on doit agir, mais surtout du côté de son organe compensateur, du filtre rénal qui sert à éliminer toutes les toxines que la cellule hépatique profondément altérée ne peut plus ni neutraliser ni détruire. Vous exécutez ainsi, en thérapeutique, une sorte de mouvement tournant, et l'on sait que les mouvements tournants assurent quelquefois la victoire.

Ainsi, dans une maladie d'organe plus ou moins altéré,

songez à son organe compensateur : au rein pour le cœur et réciproquement; au rein pour le foie; au cœur pour les maladies aiguës du poumon.

Cette médication cardiaque de la pneumonie soulève, je le sais, quelques objections et surtout celle-ci : « Pourquoi s'adresser au cœur, puis qu'il n'est pas malade ? » Je réponds que, s'il était profondément lésé, j'aurais moins d'action sur lui.

La thérapeutique *compensatrice* s'inspire d'un principe de pathologie générale qu'il importe d'exposer.

Il est temps de s'affranchir de cette doctrine tyrannique qui, faisant dépendre toujours la maladie de la lésion, a paralysé pendant de trop longues années notre action thérapeutique. J'aime à rappeler que depuis 1884, je cherche à faire prévaloir cette idée : Les lésions de l'artério-sclérose sont précédées par une phase de troubles fonctionnels consistant dans un état plus ou moins accusé d'hypertension vasculaire. A cette période de pré-sclérose, les lésions n'existent pas encore, et la thérapeutique, réellement efficace alors, a pour but de combattre cette sorte de surmenage artériel. Je sais bien que l'on m'a objecté — sans me fournir jamais aucune preuve — que l'hypertension artérielle est déjà l'indice et l'œuvre de lésions vasculaires encore latentes. Nous vivons toujours dans un temps où l'on ne peut pas concevoir une maladie sans lésion, et cette objection que l'on m'oppose sans cesse est bien naturelle, puisqu'elle traduit un état habituel d'opinion, et qu'il est toujours difficile ou périlleux de remonter un courant.

Mais je pense, avec Grasset (de Montpellier), qu'il n'est pas possible de définir la maladie par la lésion, et que « le microbe n'est pas plus la maladie infectieuse que le froid et le traumatisme ne sont la maladie *a frigore* ou la maladie chirurgicale ». Le principe de la maladie n'est pas dans le microbe, puisque celui-ci peut produire des affections différentes, puisqu'il reste longtemps inerte comme le pneu-

mocoque dans la cavité buccale, et qu'il n'est doué de propriétés pathogènes qu'avec le « consentement, la connivence, la complicité » de l'organisme. Donc, en thérapeutique, les substances bactéricides sont insuffisantes; il faut songer à modérer l'état « bactéricole » de l'organisme, suivant l'expression de Grasset, à accroître sa résistance, à modifier le terrain, à changer le milieu de culture. Vieille médecine, direz-vous? Mais, cela prouve la vérité de cette profonde parole d'Hufeland : « Les systèmes sont périssables; l'art, éternel. » Ce qui ne change pas, ce qui est « éternel », c'est la clinique.

Je suis de ceux qui pensent avec A. Robin, que « si la fonction fait l'organe, c'est la maladie de la fonction qui fait la lésion de l'organe ». Le fait a été démontré au sujet de ces albuminuries phosphaturiques, qui commencent par un trouble de nutrition pour aboutir à une lésion brightique.

La notion de l'hypertension artérielle nous donne la thérapeutique *préventive* de l'artério-sclérose, et j'ai répété souvent que c'est pendant la phase « dynamique » de cette hypertension qu'il convient surtout d'agir, et non à la période des lésions souvent incurables.

La pathogénie de certains ulcères de l'estomac nous le prouve encore, et il est certain que le traitement de l'hyperchlorhydrie par les alcalins à haute dose est capable d'empêcher le développement de certaines ectasies gastriques et de l'ulcus rotundum.

En un mot, comme le dit si judicieusement A. Robin : « Bien des lésions d'organes ne sont que la conséquence d'un trouble chimique (ou dynamique, d'après moi) fonctionnel antérieur qui est la véritable maladie, et si l'on veut prévenir la lésion, si souvent incurable, c'est cette maladie fonctionnelle qu'il faut chercher à reconnaître, parce qu'elle est encore justiciable de la thérapeutique. »

En résumé, avant d'être une lésion de la muqueuse gastrique, l'ulcère de l'estomac commence parfois par un

trouble sécrétoire; avant d'être une lésion du système artériel, l'artério-sclérose commence par l'hypertension vasculaire ou par de simples troubles de l'innervation vasomotrice; avant d'être une lésion brightique, « l'albuminurie phosphaturique » a été un trouble de la nutrition. En un mot, dans ces trois cas (et les exemples ne peuvent tarder à se multiplier), la maladie de la fonction a précédé et produit la maladie de l'organe.

Cette doctrine, dont je suis depuis longtemps un partisan convaincu, qui n'attend pas les lésions pour les combattre ensuite avec l'insuccès que l'on sait, mais qui cherche à les prévenir, en s'appuyant sur la médication pathogénique, cette doctrine devient la base de la thérapeutique *préventive*. Mais, il ne faut pas oublier que les maladies fonctionnelles sont le plus souvent sous la dépendance du système nerveux, ce régulateur des actes vitaux, comme il en devient le perturbateur dans les principales manifestations pathologiques. C'est lui qu'il faudrait atteindre, quand il altère la sécrétion gastrique, lorsqu'il surexcite l'innervation vasomotrice, lorsqu'il trouble et pervertit le fonctionnement intime de la cellule.

J'ai parlé de la thérapeutique symptomatique, étiologique, pathogénique, compensatrice, préventive.... Je ne parle pas de l'empirisme, qui a fait son temps et qui doit être toujours remplacé par la thérapeutique *physiologique*.

A ce dernier point vue, il faut encore s'entendre. La thérapeutique physiologique consiste surtout dans l'action physiologique des médications sur l'homme malade, mais non pas toujours dans l'action physiologique des médicaments sur les animaux ou sur l'homme sain. Plusieurs exemples vont faire comprendre à ce sujet le fond de ma pensée.

On a émis cette idée que l'iodure de sodium n'a pas toutes les propriétés toxiques et physiologiques de l'iodure

de potassium. A cela, je n'ai rien à dire. Depuis longtemps la clinique, sans le secours de la physiologie, nous avait mis en garde contre la toxicité des sels de potassium, et c'est pour ce motif, c'est pour ne pas intoxiquer à la longue nos malades, que nous avons substitué, avec juste raison, l'iodure de sodium à l'iodure de potassium dans le traitement de toutes les affections artérielles. L'iodure de potassium est toxique, et l'iodure de sodium l'est peu ; la chose est entendue. Mais je ne sais pas qu'on doive toujours mesurer l'activité thérapeutique d'un médicament à son pouvoir toxique. A ce compte, le chlorure de potassium devrait être préféré au chlorure de sodium.

On a été jusqu'à prononcer — au nom de la physiologie — cette hérésie thérapeutique : l'iodure de sodium est un médicament presque inerte !... Or, il faut toujours répondre aux hérésies, parce qu'elles font souvent leur chemin, bien plus que les vérités scientifiques les mieux démontrées. A ce sujet, il n'est pas inutile d'élargir un peu le débat, et de traiter cette question au point de vue général.

Les physiologistes ont commis une première erreur, en pensant que les iodures de sodium et de potassium agissent seulement à titre d'iodures ; il est plus juste de dire qu'ils agissent comme *iodiques*, c'est-à-dire par l'iode qu'ils contiennent ; il n'est pas inutile de rappeler que, les premiers en France, M. Éloy et moi, nous avons fait des expériences sur les animaux et sur l'*homme malade*. Ces expériences *physiologiques* appuyées sur les observations *cliniques* — deux choses qu'il ne faut jamais séparer — ont démontré que la principale action des iodiques et leurs meilleurs effets thérapeutiques résident dans l'abaissement de la tension artérielle. J'ajoute que, comme médicament *iodique*, l'iodure de sodium est préférable, puisqu'il renferme des quantités d'iode, non seulement égales, mais supérieures à l'iodure de potassium. C'est peut-être par les propriétés spéciales des iodiques sur la tension artérielle, que ces médicaments parviennent à agir à la longue sur

les parois vasculaires dont ils modifient la structure ou plutôt les lésions, au point de pouvoir résoudre à leur début les scléroses artérielles et guérir des anévrysmes aortiques.

A ce sujet, les physiologistes ont commis une seconde erreur : ils ont assimilé leurs expériences éphémères qui expliquent seulement certains phénomènes, à l'observation clinique qui peut s'exercer pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années et qui, seule, est capable de rendre compte de certaines actions thérapeutiques à longue échéance.

Les physiologistes se trompent encore lorsqu'ils prétendent dicter à la clinique leurs arrêts, et je crois utile de leur rappeler à ce sujet les paroles de Claude Bernard : « Il ne faut pas subordonner la pathologie à la physiologie. C'est l'inverse qu'il faut faire. Il faut poser d'abord le problème médical tel qu'il est donné par l'observation de la maladie, puis chercher à fournir l'explication physiologique. Agir autrement, ce serait s'exposer à perdre de vue et à défigurer la maladie. » On voit que Claude Bernard était plus clinicien que Gubler, lorsque celui-ci disait : « L'action physiologique des médicaments étant parfaitement connue, la thérapeutique ne sera plus qu'un corollaire de la physiologie. »

Les physiologistes se trompent toujours, lorsqu'ils concluent par leurs expériences de l'animal à l'homme, et non de l'homme sain à l'homme malade. Ils savent bien que l'action physiologique d'un médicament est différente pour le même agent, suivant les différents animaux. Il n'est pas inutile de leur rappeler que la grenouille rousse possède d'autres réactions physiologiques que la grenouille verte ; que certains animaux sont absolument réfractaires à quelques poisons, comme à la belladone, par exemple, tandis que l'homme est extrêmement sensible à ce dernier médicament. Eh bien, au point de vue des réactions physiologiques et thérapeutiques, il y a autant de différence entre l'homme sain et l'homme malade qu'entre la grenouille

verte et la grenouille rousse. Peut-on, dès lors, asservir toujours l'observation clinique sur les malades à l'expérimentation physiologique sur les animaux ?

Voici le sulfate de quinine. La physiologie nous apprend qu'il possède une action spéciale sur les globules blancs, qu'il diminue leur nombre et ralentit leurs mouvements amiboïdes; bien plus, elle démontre que ce même agent a le pouvoir de diminuer le volume de la rate. Alors, au nom même de la physiologie, le médicament de la leucocythémie est tout trouvé? Pas du tout. La clinique démontre à la physiologie que le sulfate de quinine n'a aucune action thérapeutique sur cet état morbide.

Vous donnez la quinine à un homme sain ou à un fébricitant, et l'effet n'est pas le même: elle abaisse la température dans le second cas, et ne produit rien dans le premier.

Bien plus, voici deux fébricitants: l'un est atteint de fièvre typhoïde; l'autre, d'un érysipèle de la face. La quinine abaisse la température fébrile dans le premier cas, elle est presque impuissante dans le second. Il est vrai que, depuis les recherches de Binz, la quinine serait douée de propriétés antiparasitaires et que, selon cette hypothèse, elle serait sans action sur le bacille de l'érysipèle, tandis qu'elle agirait spécialement sur celui de la dothiéntérie. Mais c'est là une explication dans laquelle la physiologie n'a rien à voir.

Voici encore un autre grand médicament: la digitale. Si nous nous adressons à la physiologie pour en connaître le mode d'action thérapeutique — je n'ai pas dit le mode d'action physiologique — nous sommes dans l'embarras le plus grand. D'abord, je prie les physiologistes de s'entendre et de choisir au milieu des innombrables explications qui ont été données. Traube, que l'on cite souvent, ne s'accorde pas avec lui-même, et je suis bien perplexe pour choisir entre les trois ou quatre modes d'action qu'il admet successivement. Quand même vous prouveriez physiologique-

ment que la digitale agit sur les nerfs pneumo-gastriques, et nullement sur le muscle cardiaque ou sur les vaisseaux, il y a une chose que, vous physiologistes, vous ne pouvez expliquer.

Pourquoi cette différence d'action de la digitale sur l'homme sain et sur l'homme malade?

Voici un fait bien plus concluant: Vous prescrivez la digitale à un cardiaque dans la période d'eusystolie; vous la donnez au même cardiaque arrivé au stade d'asystolie avec des œdèmes, des congestions multiples, etc. Dans le premier cas, vous n'aurez presque pas d'action cardiaque et les urines restent à leur taux normal; dans le second, l'action cardio-vasculaire est à son maximum, la diurèse abondante. Ainsi, chez le premier malade, la digitale n'a aucune action sur les urines; chez le second, elle devient indirectement un des meilleurs diurétiques que nous connaissions. C'est la clinique qui nous a appris tous ces faits; c'est elle, et non la physiologie sur des animaux sains, qui nous en donne l'explication. En effet, au point de vue clinique, quelques observateurs, et je suis du nombre, pensent que la digitale agit plutôt d'abord sur la périphérie du système circulatoire qu'à son centre. Est-ce la physiologie sur les animaux qui nous a démontré le fait et qui nous a fourni l'explication? Non; c'est une autre physiologie que les cliniciens ne sont pas toujours inhabiles à faire, et que les physiologistes de profession, quittant pour quelques instants leurs laboratoires, ne feraient pas mal de venir étudier à l'hôpital: la physiologie de *l'homme malade*.

Je pourrais citer bien d'autres exemples, et pour revenir au point de départ, aux iodures, j'affirme, encore une fois, que la physiologie ne peut toujours expliquer l'action à longue portée de ces médicaments. Il était important de le dire, de formuler hautement cette opinion pour prévenir une sorte d'engouement toujours fatal à la médecine, et pour ne pas mériter ce reproche aussi judicieux que spiri-

tuel qui nous a été adressé : *Les médecins changent souvent d'idées fixes*. Ils ne doivent avoir qu'une idée fixe, celle de l'observation des malades.

Mais, je tiens à le dire formellement en terminant ces quelques considérations : La physiologie est certainement utile à la clinique; elle ne doit pas l'asservir. La clinique et la physiologie doivent s'appuyer réciproquement l'une sur l'autre, avec cette restriction que la seconde a toujours besoin du contrôle de la première. A ce sujet, les physiologistes qui font table rase des enseignements de la clinique, et les cliniciens qui s'en tiennent à l'empirisme, feront bien de méditer ces paroles de notre maître à tous, de Claude Bernard :

« Ceux qui veulent aujourd'hui tout expliquer en médecine par la physiologie prouvent qu'ils ne connaissent pas la physiologie et qu'ils la croient plus avancée qu'elle n'est. Ceux qui repoussent systématiquement les explications physiologiques en médecine prouvent qu'ils ne connaissent pas le développement de la médecine scientifique et qu'ils se trompent sur son avenir. »

Voilà en quels termes s'adressait Claude Bernard aux physiologistes à outrance et aux médecins retardataires. Voilà comment les médecins peuvent placer la clinique sous la sauvegarde de notre grand physiologiste qui était plus qu'un expérimentateur... Et l'on peut terminer par cette citation un peu modifiée de Baglivi : *In medicina majorem vim facit observatio quam experientia*.

III. — Indications thérapeutiques.

Tous les exemples cliniques que je viens de faire passer sous les yeux, ont eu pour but de démontrer que l'on ne peut faire de bonne thérapeutique si l'on ne fait de bonne pathogénie ou séméiologie.

Pour que la démonstration soit complète, il faut prouver maintenant qu'avec une mauvaise pathogénie on ne peut

faire que de la mauvaise thérapeutique. Pour cela, on pourrait remonter jusqu'aux premiers âges de la médecine; car, cette thérapeutique pathogénique est un mot nouveau, mais une vieille chose, et les anciens en faisaient tous les jours — comme M. Jourdain, de la prose, — sans le savoir.

Souvenez-vous, à ce sujet, comme je le disais dans mes leçons de 1886 sur les « indications thérapeutiques » : de Thémison, avec sa théorie du *strictum* et du *laxum*; de la doctrine de l'*incitabilité* de Brown, avec cette notion de voir toujours des maladies asthéniques et de les combattre par les excitants et l'alcool; de celle de Broussais, ce Brown retourné, qui, avec l'*irritation* et l'*abirritation*, voyait partout la gastrite ou l'inflammation, et se livrait, au nom d'un principe, à des orgies sanguinaires; de la pratique de Bouillaud, qui ordonnait des saignées coup sur coup dans une affection essentiellement anémiant, le rhumatisme; de Beau, qui, rappelant l'erreur d'un médecin de la Renaissance, de Benedetti (*morborum fere omnium causa est stomachi infirmitas*), qui faisait dépendre de sa dyspepsie un grand nombre de maladies, depuis les affections cutanées, le rhumatisme nouveau jusqu'au tubercule, à la scrofule et même au cancer. Rappelez-vous encore le système de Valsalva, qui, partant d'une idée pathogénique, vraie en apparence, saignait les anévrysmatiques et prescrivait une alimentation restreinte et insuffisante, jusqu'à produire chez les malheureux patients une impossibilité complète du mouvement!

Chaque époque médicale et chaque chef d'école se sont ainsi crus être les dépositaires de la vérité; mais celle-ci a été trop souvent l'erreur de demain, tant il est vrai — comme le disait un grand penseur du siècle dernier — que « la vérité est dans les choses, et non toujours dans l'esprit qui les juge ».

Une mauvaise pathogénie peut engendrer, à travers les âges, des médications inutiles ou nuisibles parce qu'elles sont irrationnelles. Prenons pour exemple l'angine de poitrine. Comme je l'ai dit depuis près de vingt ans, sa théra-