talent d'observation peu commun, et auteur d'un excellent *Manuel d'auscultation et de percussion*, M. le docteur Raciborski, a porté sur les *recherches* de M. Louis, un jugement impartial que je vais faire connaître avant de terminer cet article (1).

« Une haute intelligence, un rare talent d'observation, « un jugement sévère, la bonne foi et la patience, qua- « lités qui seules font autorité en médecine, et qui sont « réunies dans la personne de M. Louis, doivent faire « considérer les résultats obtenus par ce médecin comme « une chose incontestable. Nous croyons donc qu'une fois « les résultats connus, aucun médecin ne voudra em- « ployer le procédé des émissions sanguines, mis en usage « par M. Louis, dans le traitement des pneumonies. Une « pareille conduite serait d'autant plus digne de blâme, « que la science possède aujourd'hui des moyens d'obte- « nir des résultats bien autrement satisfaisants, résultats « établis sur des faits nombreux, *calculés* et rangés en « tableau, d'après la méthode *numérique*. C'est par les « émissions sanguines encore qu'on obtient ces résultats, « mais par les émissions sanguines à haute dose, etc. »

(1) *Journal hebdomadaire*, avril 1835 ; *Analyse des recherches sur les effets de la saignée*, etc., par M. Louis.

QUATRIÈME PARTIE.

STATISTIQUE COMPARÉE DU TRAITEMENT DES PRINCIPALES PHLEGMASIES AIGUES,

OU

PARALLÈLE DES RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES DE LA NOUVELLE FORMULE DES ÉMISSIONS SANGUINES AVEC CEUX DES FORMULES GÉNÉRALEMENT ADOPTÉES.

CHAPITRE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES SUR LA MANIÈRE DONT LES FAITS ONT ÉTÉ RECUEILLIS, AINSI QUE SUR NOTRE TACTIQUE THÉRAPEUTIQUE EN GÉNÉRAL ET LA FORMULE DES *saignées générales et locales coup sur coup en particulier.*

§ I.

Dire que les faits dont nous allons offrir plus loin le résumé statistique, ont été recueillis conformément aux règles sévères, à la méthode précise que nous avons exposées dans la seconde partie de cet essai, voilà, ce me semble, une suffisante garantie de leur exactitude, pourvu, toutefois qu'on veuille bien admettre qu'une habitude de quinze à vingt ans nous ait familiarisé suffisamment avec l'application de ces règles et de cette méthode.

Les observations ont été recueillies dans les plus grands détails sur un registre *ad hoc*. C'est sous ma dictée qu'elles ont été pour la plupart écrites par le chef de clinique. Dans les cas où l'observation avait été recueillie par le chef de clinique, au moment même de l'arrivée, les détails en ont été contrôlés le lendemain à la visite. J'insiste sur cette

circonstance, parce que je dois réserver pour moi seul toute la responsabilité des erreurs qui pourraient s'être glissées dans la collection des faits (1).

Ce serait tomber dans les plus fastidieuses répétitions que de justifier par des détails ce que je viens de dire de la méthode générale qui a présidé à la collection de nos observations. J'ajouterai seulement que les altérations anatomiques, dans les cas mortels, ont été écrites sur le registre d'observation, à l'amphitheâtre même, sous ma dictée, comme les symptômes avaient été écrits au lit des malades.

Je n'ai rien négligé pour m'assurer que les succès obtenus par nous ne pouvaient réellement s'expliquer que par la méthode employée. J'avais étudié, pendant plus de quinze ans, les effets des méthodes généralement suivies, et il est pour moi aussi clair que le jour que c'est dans les mêmes cas où j'avais été autrefois témoin d'une grande mortalité qu'aujourd'hui nous ne perdons presque pas de malades. Néanmoins, je ne m'en suis pas tenu à mes études antérieures; j'ai vérifié autant que j'ai pu mes résultats en les comparant directement avec ceux de quelques-uns de mes confrères, et je n'ai pas manqué de consulter des élèves instruits ou des médecins éclairés sur la différence de mortalité qui existait dans notre service et dans ceux où les malades étaient traités autrement. Or, tous ceux à qui j'ai demandé ces éclaircissements ont affirmé, de la manière la plus positive, qu'ils avaient vu périr dans d'autres services beaucoup de malades que nous guérissons dans le nôtre.

(1) Quant à l'exactitude des excellents résumés publiés depuis trois ans par M. le docteur Jules Pelletan, chef de clinique, je m'en constitue aussi le garant. Mais à M. Pelletan appartient tout le mérite de la rédaction de ces comptes rendus.

§ II.

La thérapeutique est une véritable guerre contre les maladies. Il fallait, autant que possible, soumettre à des règles ce genre de guerre, il fallait en formuler la *tactique*. Cette tactique thérapeutique devait être modifiée selon une foule de circonstances, telles que la nature de la maladie, son intensité, son siége, son état de simplicité et de complication, l'âge, la force, le tempérament, le sexe des malades, etc., etc., à peu près comme dans la *tactique* proprement dite, les principes généraux doivent être accommodés aux accidents de position, de terrrain, à l'espèce d'ennemi, à son nombre, etc.

Dans les maladies aiguës en général, qui attaquent vivement et énergiquement la vie jusque dans ses fondements, il était nécessaire de faire agir des moyens proportionnés à la maladie sous le double point de vue de la *force* et de la *rapidité* de l'attaque. Les moyens généralement employés jusqu'ici nous parurent bien au-dessous de ce qu'on était en droit d'exiger de l'art. En conséquence, sous ce double rapport, nous essayâmes, avec toute la prudence que réclamait une si grave innovation, de perfectionner cette importante partie de la science. Le principe fondamental de notre *tactique thérapeutique*, celui qui domine tout le reste, c'est que, dans les maladies aiguës, il faut déployer vivement, *coup sur coup*, les divers moyens dont se compose notre arsenal thérapeutique, attaquer, pour ainsi dire, l'ennemi sur tous les points à la fois, et particulièrement sur le point le plus exposé, le charger sans relâche, ne pas lui laisser un repos pendant lequel il peut se relever, le poursuivre à outrance, jusqu'à ce qu'il ait abandonné le terrain, et que le thérapeutiste ait épuisé toutes les ressource disponibles dans un cas donné.

Depuis quatre ans que nous avons livré cette rude

guerre aux phlegmasies aiguës, dont il sera question dans les relevés suivants, il semble vraiment que nous soyons entrés dans un nouveau monde. Ces maladies ne se jouent plus du médecin et de ses moyens, comme du temps de MM. Louis et Chomel. En présence d'une foule d'élèves et de plusieurs confrères, nous avons, au lit même des malades, et le livre de M. Louis à la main, examiné les assertions de ce praticien sur le peu d'efficacité des émissions sanguines dans les maladies qu'il a indiquées, et tout le monde a été profondément convaincu que ces assertions, applicables seulement aux faibles et molles saignées de M. Louis, sont réfutées, de la manière la plus heureuse et la plus évidente, par les cas si nombreux dans lesquels nous avons mis en usage notre formule des émissions sanguines coup sur coup. Grâce à cette formule vraiment *toute puissante*, c'est une chose merveilleuse (cette expression est dans la bouche de tous ceux qui en ont vu les effets), c'est, dis-je, une chose merveilleuse que la rapidité avec laquelle les plus graves phlegmasies, prises à une époque assez voisine de leur début, ont été vaincues et *jugulées*. Aussi, dans notre service, le passage d'une phlegmasie aiguë à l'état chronique est-il à peu près inconnu, passage si commun dans les services où les saignées ne sont employées qu'à une dose insuffisante.

J'en appelle à tous ceux qui ont été témoins de notre pratique, et pour lesquels la médecine n'est pas une affaire de science seulement, mais aussi une affaire de conscience : qu'ils nous disent ce qu'ils pensent de la méthode *classique ou ordinaire* des émissions sanguines comparée à celle que nous lui avons substituée (1) !

(1) Les principaux moyens *adjuvants* dont nous avons fait usage dans les maladies que nous avons combattues par la formule des émissions sanguines coup sur coup, sont les révulsifs tant internes qu'externes, mais sur-

Mais voilà assez de réflexions générales sur la méthode que nous suivons ; il est temps de mettre sous les yeux du

tout les externes *, des bains, soit simples, soit chlorurés, des cataplasmes, fomentations, quelquefois la compression.

La diète absolue pendant tout le temps que persiste la réaction fébrile est pour nous une chose de rigoureuse nécessité, et quand nous commençons à nourrir les malades, nous y procédons avec toute la réserve, la prudence, la mesure, la graduation que réclament les circonstances. L'alimentation des malades n'exige pas les mêmes précautions, la même sévérité dans toutes les maladies. Ainsi, par exemple, dans la convalescence d'une pleurésie, d'une pleuro-pneumonie, d'un rhumatisme articulaire aigu, nous élevons plus rapidement la dose des aliments que dans la convalescence de la maladie dite *fièvre typhoïde*. La raison en est facile à comprendre ; c'est que cette dernière maladie siége essentiellement et primitivement dans le tube digestif, tandis que dans les autres, cet appareil ne souffre que sympathiquement. Rien n'est plus difficile à bien conduire que la convalescence de certains sujets affectés de cette forme d'inflammation du tube digestif à laquelle on a si malheureusement donné le nom générique de fièvre ou affection typhoïde.

Je n'ai pas besoin de répéter que sans une précision, une exactitude presque mathématique dans le diagnostic, on ne peut appliquer convenablement notre formule. Il faut suivre de l'œil, du doigt et de l'oreille, l'état du malade, afin de ne pas frapper un ennemi qui n'existe pas et de ne pas épargner un ennemi qui existe réellement. Malheur à celui qui combat une maladie, les yeux fermés, c'est-à-dire sans l'avoir bien reconnue !

Nous ne saurions trop le répéter aux jeunes praticiens : pour apprendre une méthode, il faut la voir appliquer souvent. C'est pourquoi nous leur recommandons expressément la fréquentation assidue des cliniques. Cette condition est surtout indispensable pour une méthode aussi énergique que la nôtre. Nous les conjurons de ne point dépasser les bornes que nous lui avons assignées et de ne pas oublier de lui faire éprouver les modifications exigées par les circonstances particulières que nous avons déjà si souvent indiquées. Nous savons que l'exagération perd les meilleurs choses, et qu'en poussant une doctrine au-delà de son élasticité naturelle, elle se

* Dans plus de 500 cas, nous avons eu recours aux vésicatoires, et nous affirmons, de la manière la plus formelle, qu'employés après les émissions sanguines telles que nous les pratiquons, ils n'entraînent aucun des inconvénients que M. Louis leur a reprochés. D'ailleurs, ils ne constituent pour nous, encore une fois, que des *adjuvants*, des *auxiliaires*.

lecteur les pièces du grand procès thérapeutique, qui s'agite depuis quelque temps, et de vaincre avec leurs propres armes, c'est-à-dire avec les chiffres, les antagonistes de la formule nouvelle (1).

On croira, sans peine, j'ose l'espérer, qu'en montrant ainsi la supériorité de notre méthode sur celle employée par quelques-uns de nos confrères, nous n'avons été animé que d'un vif amour de la vérité. Si nos recherches étaient prises en mauvaise part, ce serait bien mal les comprendre et les juger. La crainte qu'il n'en soit ainsi, était, nous l'avouons, le seul obstacle qui pût nous retenir; mais fort de notre conscience, nous n'avons pas dû reculer même devant une accusation à laquelle nous serions profondément sensible. A défaut de la justice du moment, nous comptons au besoin sur la justice d'un temps meilleur, et ce temps ne saurait être très éloigné.

Je n'ai pas pour but de comparer la mortalité générale de notre service avec celle des autres services, parce qu'un pareil parallèle exigerait des volumes, et que, d'ailleurs, ce qu'il m'importe pour le moment de signaler c'est le triomphe d'une formule qui ne s'applique qu'à une catégorie déterminée de maladies. Dans la note ci-après, on trouvera le chiffre de la mortalité ordinaire à l'Hôtel-Dieu de Paris, tel qu'il a été indiqué dans un relevé statistique

brise. Nos adversaires le savent bien ; aussi ne manquent-ils pas de supposer l'exagération là où elle n'existe pas, et triomphent ainsi, *en apparence*, pour quelque temps.

(1) J'ajouterai seulement ici que pour apporter plus de précision encore dans la mesure du sang retiré par les saignées locales, nous avons, depuis deux ans, employé presqu'exclusivement les ventouses scarifiées. Par leur moyen, nous avons pu mesurer le volume, peser la quantité du sang fourni par les saignées locales. Dans les cas ou nous avons prescrit les sangsues, nous avons évalué à trois palettes approximativement la quantité de sang retirée par l'application de trente sangsues.

de M. le docteur Montault, relevé que nous aurons occasion de citer plusieurs fois plus loin (1).

(1) « Année courante, on reçoit à l'Hôtel-Dieu 13,000 malades, et sur « ces 13,000 il en meurt environ 2,000, c'est-à-dire à peu près 1 sur 6 1/2 « ou 7. C'est aussi là ce qui résulte des tableaux statistiques qui précè- « dent : des 1,649 malades entrés, de même que des 286 morts, je déduis « 110 malades comme se rapportant à des individus mourants ou voués à « une mort certaine ; le chiffre de la mortalité est donc :

$$1539 \,\big|\, 176 \qquad 8\frac{131}{176},$$

c'est-à-dire un sur 8 environ. »

L'opération de M. Montault n'est peut être pas bien fondée. En effet, dans les autres services, on aurait été probablement autorisé à faire aussi la *déduction des malades mourants ou voués à une mort certaine*, et alors le chiffre de la mortalité eut baissé. En 1822, j'ai recueilli les observations des 1,526 malades qui furent admis à l'Hôpital Cochin où j'étais interne, et sans faire aucune déduction pareille à celle de M. Montault, bien que j'y fusse autorisé par les mêmes motifs que lui, le chiffre de la mortalité ne s'éleva qu'à 1 sur 8 ou 9, ainsi qu'en font foi les tableaux statistiques que j'adressai au bureau central des hôpitaux. Après avoir exposé le chiffre de la mortalité dans le service dont il a rendu compte, M. Montault ajoute : « Est ce bien réellement à la différence dans le traite- « ment qu'on doit rapporter les résultats plus avantageux qu'on obtient « dans d'autres établissements ? » M. Montault ne paraît pas disposé à répondre à cette question par l'affirmative. Ce jeune confrère, dont le talent observateur et la bonne foi nous sont parfaitement connus, ne doutera plus de l'immense influence du traitement sur la diminution de la mortalité, quand il aura comparé nos résultats à ceux dont il a été témoin ailleurs. Si les tableaux suivants ne suffisaient pas pour l'en convaincre, les deux années de chef de clinique qu'il va passer dans le service dont je suis chargé, ne lui permettront plus de conserver le moindre doute à cet égard *.

* On peut voir par les comptes rendus publiés par M. Jules Pelletan, chef de clinique, dans divers cahiers du *Journal hebdomadaire*, que la mortalité générale dans notre service, sans aucune *déduction*, n'est pas supérieure à celle indiquée par M. Montault, *déduction faite de 110 morts sur 286*, c'est-à dire de plus du tiers. En faisant une semblable déduction, le chiffre de notre mortalité ne serait pas de 1 sur 8, mais à peu près zéro ; c'est bien alors du moins que nous pourrions dire, *la guérison est la règle, et la mort, l'exception.*

CHAPITRE PREMIER.

PARALLÈLE ENTRE LES RÉSULTATS OBTENUS PAR LE TRAITEMENT ORDINAIRE DE LA PLEURO-PNEUMONIE ET CEUX OBTENUS PAR LA FORMULE DES ÉMISSIONS SANGUINES COUP SUR COUP.

ARTICLE PREMIER.

Résultats de l'ancienne méthode.

Dans son article *Pneumonie* du *nouveau Dictionnaire de médecine*, M. Chomel évalue au quart environ, la mortalité de la pneumonie traitée dans les hôpitaux.

D'un autre côté, il résulte d'un relevé de M. Louis, que sur 123 pneumoniques traités dans le service de M. Chomel, la mortalité a été de 40, c'est-à-dire d'environ le tiers des malades, « *Mortalité énorme*, ajoute M. Louis, et *qui est à peu près la même que celle qui a lieu dans les fièvres typhoïdes.* »

Sur 90 individus affectés de pneumonie, qui furent reçus en 1829, dans le service de M. Guéneau de Mussy, à l'Hôtel-Dieu, 38 succombèrent (1). Ainsi donc, la mortalité dépassa les deux cinquièmes.

Dans le courant de l'année 1822, nous reçûmes à l'hôpital Cochin, dont M. Bertin était le médecin et où j'étais alors interne, 63 individus atteints de pleuro-pneumonie. 16 succombèrent, c'est-à-dire que la mortalité fut presque exactement d'un quart.

Il résulte d'un relevé publié par M. Cayol lui-même,

(1) *Recherches et tableaux statistiques sur la mortalité* qui a régné parmi les 1,649 malades reçus, en 1829, à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le service de M. Guéneau de Mussy ; par M. Montault, interne de ce service (*Journal hebdomadaire*, tome II, 1831).

(2) Dans ses *recherches sur les effets de la saignée*, publiées en 1835, M. Louis réduit à 78 les individus atteints de pleuro-pneumonie, qui seront le sujet de son analyse. De ces 78 individus qui tous étaient dans un

que sur 24 péripneumoniques reçus dans son service, lorsqu'il professait la clinique à la Charité, 6 succombèrent. La mortalité a été par conséquent de 1 sur 4, comme dans le service de M. Bertin, à l'hôpital Cochin.

Si nous faisons maintenant l'addition des pneumoniques traités dans les quatre services dont il vient d'être question, nous obtenons un total de 300, parmi lesquels on compte 100 morts. La mortalité fut donc exactement du tiers des malades. On peut considérer ce chiffre comme étant l'expression de la mortalité de la pneumonie traitée dans les hôpitaux de Paris par des médecins dont plusieurs ont fait justement jusqu'ici autorité en matière de pratique.

On dira peut-être que la mortalité n'est pas aussi élevée dans tous les services. Il serait assez singulier que toutes les choses étant d'ailleurs égales le *maximum* de la mortalité se rencontrât dans les services des praticiens les plus distingués de la capitale. Au reste, c'est là une question de statistique qu'il est facile de résoudre, en fréquentant les divers services où la pneumonie est traitée par la méthode généralement usitée avant celle que nous proposons.

Croit-on qu'on obtiendrait des résultats plus avantageux, en recourant à la méthode rasorienne? Les faits publiés par M. Laënnec, dans la dernière édition de son ouvrage, sembleraient favorables à cette opinion. Voici ce que dit cet auteur. « En 1824, j'ai traité par le tartre stibié « 28 pneumonies simples ou compliquées d'un léger « épanchement pleurétique: tous les malades ont guéri, « excepté un septuagénaire, qui prit peu de tartre stibié « parce qu'il le supportait mal; et cependant la plupart de « ces cas étaient fort graves. Dans le cours de la présente « année (1826), j'ai traité 34 pneumoniques, dont 5

état de santé parfaite au début de la maladie, 28 succombèrent, c'est-à-dire que la mortalité s'éleva au-dessus du tiers des malades.

« ont succombé ; mais de ce nombre il faut retirer deux « femmes, l'une de 59 ans, l'autre de 69, apportées ago- « nisantes à l'hôpital où elles expirèrent au bout de peu « d'heures, et chez lesquelles on a pu à peine administrer « deux ou trois doses de la potion stibiée. Le troisième « sujet était un jeune homme attaqué d'une maladie du « cœur à laquelle il a succombé, dans la convalescence de « la pneumonie. Le quatrième a succombé à une pleurésie « chronique, dans la période de résolution d'une pneumo- « nie subaiguë. Les deux premiers sujets ne doivent par « conséquent pas entrer en ligne de compte pour apprécier « les effets du tartre stibié ; les deux derniers sont plutôt « des preuves en faveur de son efficacité contre la pneu- « monie. Reste un vieillard de 72 ans qui a succombé au « dixième jour d'une pneumonie avec congestion céré- « brale, de sorte qu'en dernier résultat, sur un total de « 57 pneumoniques, 2 septuagénaires seulement ont » succombé à cette maladie jointe à une congestion céré- « brale ; c'est un peu moins de 1 sur 28 ».

Voilà, sans doute, un résultat bien séduisant ; mais les documents suivants ne sont pas aussi favorables à la pratique de M. Laënnec, et d'après eux, nous pouvons affirmer que s'il est un moyen de faire tomber le chiffre de la mortalité bien au-dessous du tiers dans la pneumonie, ce n'est pas dans le tartre stibié à haute dose qu'on le trouvera.

Premier document. M. Lagarde, attaché au service de M. Laënnec, a publié seize cas de péripneumonie traitée par la méthode indiquée, parmi lesquels cinq se terminèrent par la mort, ce qui donne environ un mort sur trois malades.

Second document. Ce second document que je dois au zèle consciencieux de M. Lecouteulx, chargé de tenir les cahiers de visites de M. Laënnec, mérite de fixer l'attention des lecteurs.

TABLEAU *exact des Guérisons et des Décès parmi les péripneumoniques reçus dans le service de M. le prof. Laënnec dans les années 1825 et 1826; par M. Lecouteulx, aide de Clinique à l'hôpital de la Charité.*

Du 1er janvier 1825 au 31 août même année, il est entré 17 péripneumonies dont voici le Tableau.

PROFESSION.	AGE.	SÉJOUR.	MORTS.
HOMMES.			
Maçon.	18	20	1
Boucher.	0	16	1
Domestique.	29	9	1
Tabletier.	24	7	1
Étud. en Médecine.	36	27	1
Marchand de vin.	38	14	0
Charbonnier.	26	22	0
Journalier.	25	16	0
Tailleur.	19	15	0
Porteur d'eau.	21	116	0
TOTAL. . . .			5 morts sur 10 h.
FEMMES.			
Domestique.	31	2	1
Couturière.	17	11	1
Domestique.	32	10	1
Blanchisseuse.	69	2	1
Cuisinière.	30	23	0
Polisseuse.	32	15	0
Domestique.	36	25	0
TOTAL. . . .			4 morts sur 7 f.

Du 1er janvier 1826 au 1er juillet (1), il est entré 13 péripneumonies dont voici le Tableau.

PROFESSION.	AGE.	SÉJOUR.	MORTS.
HOMMES.			
Remouleur.	28	25	0
Chapelier.	31	56	0
Journalier.	37	9	1
Domestique.	50	52	0
Cocher.	23	10	0
Palfrenier.	22	33	1
Maçon.	19	12	0
Maçon.	19	16	0
Menuisier.	23	49	0
Charrelier.	33	18	0
TOTAL. . . .			2 morts sur 10 h.
FEMMES.			
Cuisinière.	25	11	1
Cuisinière.	39	47	0
Passementière.	33		0
TOTAL. . . .			1 mort sur 3 f.

(1) Le relevé n'a pas été fait jusqu'au 31 août, M. Laënnec s'étant alité dans le mois de juillet, et ayant succombé le 13 août 1826.

En résumé, sur 30 péripneumonies dont M. Lecouteulx

a fait le relevé, il y en a eu 12 de mortelles, c'est-à-dire que la mortalité a été exactement des deux cinquièmes des malades. Ce relevé, rédigé sur les cahiers de visite que M. Lecouteulx tient depuis une quinzaine d'années, doit, je le répète, être recommandé à l'attention du lecteur impartial. Ce n'est pas, on le pense bien, pour porter la moindre atteinte à la véracité d'un illustre obsevateur, dont personne plus que nous ne respecte la mémoire, que l'on publie ce tableau contradictoire, mais uniquement pour prouver que M. Laënnec aura fait ses relevés sur des notes peu exactes.

Voici les conclusions que M. Louis a tirées de l'analyse de ses 78 cas de pleuro-pneumonie, relativement aux émissions sanguines.

« Ainsi, l'étude des symptômes généraux et locaux, la « mortalité et les variations de la durée moyenne de la « pneumonie, suivant l'époque à laquelle les émissions « sanguines furent commencées, tout dépose des bornes « étroites de l'utilité de ce moyen de traitement, dans la « pneumonie. En obtiendrait-on de plus grands résultats, « si, comme c'est d'usage en Angleterre, on portait la « première saignée des pneumoniques jusqu'à la syncope? « Cette pratique mérite d'être éprouvée; mais son grand « succès me semble douteux; vu que plusieurs des ma- « lades dont j'ai receuilli l'histoire et qui ont succombé, « furent assez largement saignés, entre autres celui dont « la première évacuation sanguine eut lieu le premier « jour de l'affection, et qui n'en mourut pas moins le « sixième; la veine ayant été ouverte cinq fois, et la quan- « tité de sang perdue, de 12 à 16 onces chaque fois (1).

(1) Dans le chapitre 2 de ses *recherches*, intitulé : *faits nouveaux, relatifs à l'effet des émissions sanguines dans les maladies aiguës*, M. Louis ajoute en ce qui concerne la pneumonie : « Depuis la publication du mé- « moire qui fait le sujet du chapitre précédent, j'ai observé à l'Hôpital de « la Pitié, un grand nombre de malades atteints de pneumonie.... Et bien « que, dans les phlegmasies du parenchyme pulmonaire, j'aie assez fré- « quemment fait faire des saignées de 20 à 25 onces et au-delà, ou jusqu'à « la syncope; je n'ai vu ces phlegmasies jugulées dans aucun cas. Je crois « même que les émissions sanguines, quoique généralement plus larges « que celles qui étaient d'usage à l'Hôpital de la Charité, à l'époque où j'y « observais, n'ont pas eu un succès beaucoup plus marqué. » Suit l'analyse de 29 cas de pneumonie, dont 4 sont relatifs à des sujets qui succombèrent. Ici la mortalité ne fut donc que d'un septième, et non de plus du tiers comme dans le relevé précédent, différence que M. Louis paraît attribuer à l'administration de l'émétique à haute dose, chez les malades du dernier relevé, et peut être aussi à ce que *si les saignées furent généralement moins nombreuses chez les sujets traités à la Pitié que chez les autres, chacune d'elle fut plus copieuse, la première surtout.*

ARTICLE II.

Résultats de la méthode nouvelle.

§ I.

Sur 152 individus atteints de pleuropneumonie, qui ont été reçus dans les services dont j'ai été chargé, depuis le mois de septembre 1831, jusqu'au 20 mars 1836, 18 seulement ont succombé.

La mortalité a donc été de $\frac{152}{18} = 8\frac{4}{9}$, c'est-à-dire de 1 sur 8 à 9, au lieu de 1 sur 3 environ comme dans les relevés indiqués plus haut.

Cette différence est vraiment énorme, puisque sur 300,000 péripneumoniques, par exemple, on en sauverait 65,000 de plus que par la pratique ordinaire.

Au reste, pour avoir une juste idée de la toute puissance de la formule des émissions sanguines coup sur coup dans les cas ci-dessus, il est bon de savoir que presque tous ceux qui ont succombé, auraient été certainement sauvés, s'ils fussent entrés plus tôt à l'hôpital (quel-