

preuve de la fameuse détermination, est bien ici le résultat et non la cause de l'inflammation. Le sang, dans ce cas, au lieu d'être chassé par la *vis a tergo* est en réalité attiré par une *vis a fronte* et cela, comme nous essaierons de le montrer, pour des raisons de la plus haute importance. Quel est le traitement rationnel à opposer à une inflammation de cette nature? faut-il ouvrir l'artère, ou bien favoriser la transformation de l'exsudat en pus, à l'aide duquel la cause de l'irritation ainsi que ses effets seront éliminés? L'expérience se prononce catégoriquement pour le dernier moyen; ouvrir l'artère serait gravement préjudiciable et occasionnerait peut-être la gangrène.

Mais pourquoi la nature, dans les cas d'inflammation, attirerait-elle une plus grande quantité de sang vers la partie lésée? C'est, me semble-t-il, en vertu d'une de ses plus sages lois, mais d'une de celles, trop longtemps ignorées par les médecins. Quoi de plus naturel en effet? Dès qu'une inflammation s'est produite, le grand travail à accomplir consiste dans un surcroît de développement cellulaire seul capable de désagréger l'exsudat, et de faire disparaître la pression qu'il exerce sur les nerfs et sur les vaisseaux sanguins, en rendant possible une élimination complète, soit directe par la suppuration à l'extérieur, soit indirecte par son passage d'abord dans le sang, puis par son excrétion par les diverses voies émonctoires. Dans ce but, il faut un afflux plus considérable de liquide nutritif. Un phénomène analogue se passe à la période du rut chez les animaux, afin de murir les vésicules de Graaf; à la tête du cerf, pendant la croissance de son bois; dans la mamelle, lors de l'établissement de la sécrétion laiteuse; dans les gencives, lors de la dentition; dans les plantes lors de l'ascension de la sève, au printemps, etc., etc. Dans tous ces cas, et spécialement dans le dernier, le liquide nourricier n'est pas envoyé ni déterminé vers les parties où il afflue, mais bien attiré par elles par suite de la croissance cellulaire qui exige nécessairement une plus grande quantité de blastème. De même dans l'inflammation, où il y a un exsudat, lequel doit se transformer par le moyen d'une évolution de cellules, afin de pouvoir être ensuite éliminé ou redevenir utile aux besoins de l'économie, il est absolument indispensable que la partie, au sein de laquelle ces changements nutritifs s'effectuent, reçoive plus de sang, sinon ils seraient impossibles. De là, cette augmentation du courant sanguin. Cependant les médecins ont supposé, jusqu'ici, que ce phénomène est préjudiciable et qu'il faut l'entraver au moyen des saignées et des antiphlogistiques. Ce flux rapide de sang si nécessaire, ils cherchent à l'amoindrir et cette augmentation de quantité dans le voisinage de la partie; si essentielle au retour à la santé, ils tâchent de la diminuer. En se conduisant ainsi, nous soutenons qu'ils agissent en opposition avec la saine théorie et, comme nous le démontrerons plus tard, ils vont à l'encontre d'une pratique rationnelle.

5° Les soustractions sanguines peuvent-elle diminuer la quantité de sang dans une partie enflammée?

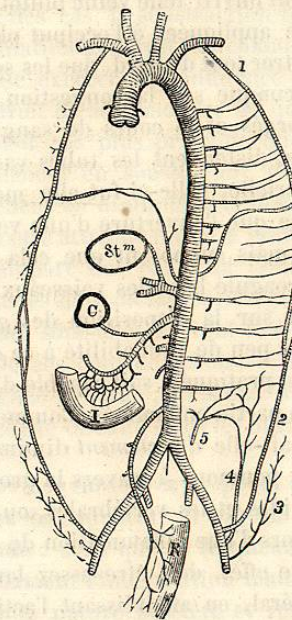


Fig. 435.

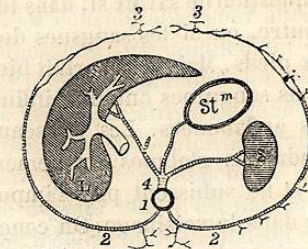


Fig. 436.

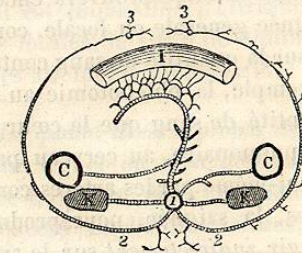


Fig. 437.

On ne saurait le nier, l'idée de diminuer la quantité de sang dans la par-

Fig. 435. Plan longitudinal des artères du tronc. On reconnaît, à gauche, les anastomoses artérielles longitudinales et transverses des parois du tronc; à droite on voit seulement les anastomoses longitudinales et diaphragmatiques, appartenant à la paroi des cavités, ainsi que les diverses artères viscérales, naissant de l'aorte.

Côté gauche. 1. Artère mammaire interne. 2. Artère épigastrique profonde, en communication, en arrière, avec l'aorte, par l'intermédiaire de la série des artères intercostales, lombaires et diaphragmatiques. 3. Epigastrique superficielle. 4. Circonflexe iliaque. 5. Iléolombaire naissant de l'iliaque interne.

Côté droit. Branches de l'aorte abdominale qui sont, en allant de haut en bas: la diaphragmatique, le tronc cœliaque, la mésentérique supérieure, les artères surrénale et rénale droites, la spermatique ou ovarique droite et la mésentérique inférieure. (J. Struthers.)

Fig. 436. Plan transversal des artères de l'abdomen au niveau du foie, de la rate et de l'estomac. Aorte, fournissant à sa face postérieure 2,2, les artères destinées aux parois s'anastomosant en avant avec 3,3, les artères mammaires internes 4. Tronc cœliaque sortant de la face antérieure de l'aorte et fournissant à la rate, à l'estomac et au foie; ce dernier reçoit aussi le sang de la veine porte. (J. Struthers.)

Fig. 437. Coupe transversale, un peu plus bas, montrant les coupes du petit intestin I, du colon ascendant et descendant C,C, et des reins K,K, 1. Aorte fournissant en arrière les artères lombaires (2,2), anastomosées en avant avec les branches de l'épigastrique profonde (3,3). En avant et procédant aussi de l'aorte, mais non au même niveau, on voit les deux mésentériques supérieure et inférieure et sur les côtés les artères rénales. (J. Struthers.)

N. B. Les anatomistes remarqueront que ce sont principalement les branches anastomotiques des parois du tronc qui sont représentées. Les proportions ont été exagérées à dessein. (Struthers' *Anatom. and Physiol. Observations*. Edinb., 8<sup>e</sup>. 1854.)



tie enflammée a été l'une des principales raisons qui ont fait recourir aux déplétions sanguines. Aussi, a-t-elle donné lieu à de longues discussions sur la question de savoir si, dans tel cas, il faut ouvrir telle veine plutôt que telle autre, ou si les sangsues doivent être appliquées à l'occiput plutôt qu'aux pieds. Mais il importait bien de montrer tout d'abord, que les soustractions sanguines ont une influence quelconque sur la congestion des parties enflammées. Les vaisseaux sont gorgés et le cours du sang est suspendu, les globules étroitement agrégés, distendent les tubes vasculaires et ne subissent plus l'impulsion artérielle, celle-ci fut-elle même accrue dans le voisinage. On conçoit à peine que l'ouverture d'une veine puisse rien changer à cet état de choses; mais supposant que cela fût possible, quel en serait l'effet sur l'exsudat coagulé hors des vaisseaux?

Un simple coup-d'œil sur les rapports et sur la disposition des gros vaisseaux du corps prouvera encore mieux le peu de probabilité à ce que la saignée générale ou locale, comme elle est pratiquée, soit capable d'influer sur la quantité de sang contenu dans la partie enflammée. Comment, par exemple, la phlébotomie au bras pourrait-elle *directement* diminuer la quantité de sang que le cœur envoie aux poumons à travers la grosse artère pulmonaire, au cerveau par les carotides et les vertébrales, ou au cœur lui-même par les artères coronaires? Lors d'une inflammation de ces organes, la saignée, pour produire quelque effet, doit être assez large pour agir *indirectement* sur le système général, en affaiblissant l'action du cœur et produisant la syncope; et cela, dans un temps où, par suite de la privation de nourriture à raison de la fièvre, on doit s'attendre à une grande prostration des forces vitales. Mais si l'on peut certainement atteindre ce résultat au moyen des larges saignées, le point enflammé n'en ressent aucune influence. Dans ces conditions, l'exsudat, qui a besoin d'une plus grande quantité de sang, afin de passer par toutes les phases de son évolution, avant d'être éliminé, est au contraire arrêté dans son développement. Loin de disparaître rapidement, il reste stationnaire ou meurt plus ou moins, en proportion de l'épuisement de l'économie. Cependant, si l'on ne fait que des saignées légères, d'après les principes ayant cours, vont-elles produire un effet quelconque? Elles n'affectent point le cœur et ne diminuent point la force de la circulation même dans le voisinage des parties enflammées. Comment donc, à plus forte raison, pourraient-elles agir sur le sang immobilisé dans le siège de l'inflammation elle-même?

Pour ce qui est de la saignée locale, ses prétendus effets sont inexplicables par l'idée de soustraire du sang aux organes internes enflammés. Un individu a une pneumonie ou une pleurésie résultant de changements dans les vaisseaux qui procèdent directement de l'aorte, et l'on applique des sangsues aux téguments qui reçoivent leur sang des vaisseaux issus des artères mammaires ou lombaires. Il n'est pas question ici, comme Struthers l'a démontré anatomiquement, d'anastomoses entre les vaisseaux de la surface et ceux des parties enflammées. (Voir fig. 455,

456, 457, et les explications.) Que fait donc, dans des cas si importants, la perte d'une aussi petite quantité de sang? Il ne peut être question d'en diminuer l'afflux ni la quantité se rendant à l'organe malade. Dans la plupart des cas, la soustraction n'est pas assez considérable pour affecter la circulation générale, et comme il est impossible anatomiquement qu'elle puisse exercer une influence directe sur le point enflammé, on est donc en droit de se demander de quelle utilité peut alors être la saignée locale? N'est-il pas plus probable que les sangsues et les ventouses n'agissent nullement en soustrayant du sang, mais que le soulagement qu'elles amènent en diminuant la douleur, et ce dernier effet n'est pas douteux, doit être attribué plutôt à l'influence réflexe de la contre-irritation et dans la plupart des cas à la douce et sédative influence des fomentations chaudes dont on fait suivre généralement leur emploi? Aussi les ventouses sèches sont-elles souvent tout aussi efficaces que les saignées locales.

De ces considérations, il résulte qu'il est impossible d'attribuer à la saignée générale, ni même aux saignées locales, la vertu de diminuer la quantité de sang dans les organes internes atteints d'inflammation.

4° *Les caractères du pouls indiquent-ils, quand il est à propos de pratiquer des saignées?* Il est un principe sur lequel on s'est généralement guidé: c'est que la fréquence et la force du pouls, dans l'inflammation, réclament l'intervention manuelle du médecin. En d'autres termes, parce que la nature accélère et renforce les battements; on a cru que l'art a pour rôle de contrebalancer cet effet, en tâchant de diminuer leur force et leur fréquence. Mais, ici encore, on me paraît avoir confondu l'effet avec la cause. Loin de se débarrasser de l'inflammation en affaiblissant le pouls, ou seulement de l'entraver, on ne fait qu'en prolonger la durée. On le comprend d'ailleurs, après les explications données ci-devant, sur la transformation de l'exsudat. Au reste, ce fait a été péremptoirement établi par les observations de Louis, de Chomel et de Grisolle. Ces auteurs ont prouvé que la durée de la pneumonie n'est jamais abrégée par les émissions sanguines. Le Dr Alison admet également avoir observé une augmentation de la matité et de la crépitation, à la suite de la saignée. Le peu de fondement de ces prétendues règles thérapeutiques, ressort encore davantage, si l'on se rappelle que dans l'opinion de bon nombre de médecins, s'il faut affaiblir le pouls, lorsqu'il est trop développé, il est aussi nécessaire de le renforcer lorsqu'il est trop affaibli. Or, bien que ce soit évidemment une bonne pratique de supporter les forces, lorsque les pertes des fonctions nutritives ont épuisé l'économie, il est nuisible d'amoindrir par la saignée l'énergie nutritive elle-même, lorsque celle-ci est activement occupée à agir sur l'exsudat et à éliminer les produits morbides. En un mot, les phénomènes de fièvre et d'excitabilité, dont s'accompagnent les inflammations, ont été mal interprétés. Les dangers ne viennent point immédiatement de ces phénomènes, mais bien de l'épuisement consécutif à tout grand effort de l'économie animale.



et tend vers la mortification plus ou moins rapide de l'exsudat. Les émissions sanguines ont surtout ce désavantage et, par conséquent, sont tout à fait contraires à la disparition rapide de l'inflammation.

Quand un os est fracturé il se développe de l'inflammation tout autour de la solution de continuité; il se fait un exsudat au sein duquel s'opèrent des modifications vitales ayant pour résultat de le transformer en os. Quand des parties molles sont détruites ou enlevées, l'exsudat provenant des vaisseaux affectés, subit d'autres changements ayant pour objet sa transformation en un tissu fibreux, d'abord à l'état de granulations et finalement de cicatrice. A la suite de la ténotomie sous-cutanée, la transformation s'opère d'une manière plus parfaite encore; entre les extrémités divisées il se reforme, comme pour les os, un tissu exactement semblable à celui dans lequel a été produite la solution de continuité. A la suite d'un coup violent, une plus ou moins grande quantité d'exsudat s'infiltré dans les tissus contusionnés et déchirés. La transformation cellulaire change cet exsudat en pus, dont on se débarrasse promptement, quand on peut l'évacuer à l'extérieur, mais qui, dans le cas contraire, doit subir une sorte de dégradation cellulaire avant d'être repris, puis rejeté hors de l'économie. Si, comme dans certains cas, le pus s'absorbe peu de temps après s'être formé, on dit que le gonflement inflammatoire est passé à la résolution; sinon, il aboutit à une collection liquide et se constitue en abcès. Assurément, on ne soutiendra point dans ces cas, qu'il soit possible de favoriser le travail de réparation, en pratiquant des émissions sanguines et en amoindrissant les forces de l'économie. Au contraire, on le voit constamment s'accomplir d'autant mieux que les individus ont une constitution vigoureuse, tandis que chez les scrofuleux et chez les sujets affaiblis et cachectiques, il s'établit très difficilement et quelque fois pas du tout.

Les choses se passent-elles différemment dans les inflammations internes, comme celles du péricarde ou des poumons? En aucune manière. Dans un cas, l'exsudat se convertit en cellules de pus qui s'absorbent, dans l'autre, c'est en tissu fibreux servant à former des adhérences (voir p. 219). Mais, les choses se passant hors de la portée de la vue, les médecins, au lieu de traiter les parties enflammées comme fait le chirurgien, ont cru devoir s'attaquer aux symptômes généraux résultant de la lésion. A la suite des fractures et des contusions, il y a également des symptômes fébriles, de l'ampleur du pouls, etc.; cependant le chirurgien imaginera-t-il que le cal va se former mieux, l'abcès se résoudre ou arriver plus promptement à maturité, par l'emploi des saignées générales et des antiphlogistiques? L'expérience lui a appris le contraire. De même, il y a des motifs très rationnels de soutenir que ce même traitement ne saurait pas davantage favoriser la terminaison naturelle des inflammations internes.

Mais, disait Alison, si, conformément à cette doctrine, nous abandonnons les émissions sanguines recommandées par tant de bons auteurs

et d'excellents praticiens, « nous allons nous engager dans une voie bien peu connue encore et cela, au mépris d'un principe thérapeutique, fondé sans doute sur la seule observation empirique, qui réclame, pour son application, comme tous les remèdes puissants, toute l'attention du médecin — car il peut très bien, en débilitant et rendant ainsi plus irritables toutes les actions vitales en jeu dans la maladie, faire plus de mal que de bien, en entravant l'exsudation; — mais qui doit être accepté dans ces circonstances, comme un *guide pratique*, bien plus sûr que n'importe quel autre principe de pathologie. » Si cependant, loin d'être imparfaitement connues, les idées pathologiques que je défends en ce moment sont vraies, et de plus, très répandues parmi les plus jeunes membres de notre profession, la concession du Dr Alison, que la saignée peut si facilement devenir préjudiciable, pourrait fort bien tourner au désavantage de sa doctrine.

Bien plus, du moment qu'une loi pathologique est démontrée, toutes les règles empiriques tombent, par le fait même. Le Dr Alison, qui a tant fait pour établir la suprématie des lois vitales, est trop bon logicien pour ne point reconnaître ce principe. Aussi ses objections s'adressent uniquement à l'incertitude et au défaut de consécration expérimentale de ces vues théoriques, mises en parallèle avec les avantages qu'il voit du côté des règles empiriques, telles que le passé nous les a transmises. Mais laissons les arguments et les inductions pathologiques, et voyons si les faits actuels nous indiquent quelle est la meilleure pratique à suivre: la saignée, en nous conformant aux règles empiriques ou bien l'abstention en nous basant sur les principes pathologiques que nous venons de développer?

3<sup>e</sup> PROPOSITION. *Tout ce que l'expérience du passé nous a transmis de positif, de même que l'observation plus exacte de notre temps, concorde à démontrer la vérité des principes précédents et c'est sur eux dorénavant que nous devons nous guider.*

Tandis que l'expérience de nos devanciers leur faisait proclamer la saignée dans les inflammations aiguës, comme la condition *sine qua non*, le *summum remedium*, le seul moyen capable de couper court au mal, et ainsi de suite, l'expérience contemporaine est, pour ainsi dire, unanime à proclamer que ces sortes d'affection guérissent rapidement et sans aucune saignée. Ce fait constitue la base de la théorie du Dr Alison, que les inflammations ont changé de type dans l'espace de ces vingt dernières années. La question n'est donc point de savoir s'il est rationnel de ne plus saigner, mais de rechercher comment il est possible de concilier ce fait avec l'expérience antérieure. Or, nous venons de le voir, tout concorde à prouver que l'inflammation n'a jamais subi la moindre altération dans l'espèce humaine. Nous sommes donc forcés d'admettre que si la pratique moderne est correcte, rationnelle, les saignées autrefois étaient inutiles ou pernicieuses.



Pour déterminer la valeur exacte d'une méthode, il est essentiel de bien connaître la durée naturelle de la maladie à traiter. Heureusement, nous possédons quelques données dans ce sens, à l'égard d'une des plus fréquentes comme des plus importantes inflammations, je veux parler de la pneumonie. Des cas très graves de cette affection ont été observés à l'Hôpital homœopathique de Vienne, par le Dr George Balfour; or il ne viendra à l'idée d'aucun médecin raisonnable de voir, dans le traitement que l'on y emploie, autre chose que des moyens inertes. La plupart des malades guérissaient cependant, et il y avait là une excellente occasion d'étudier la maladie entièrement abandonnée à la nature (1). Nous possédons encore les relations du système expectant, appliqué au traitement de cette maladie, par Skoda (2) et Dietl (3) à Vienne.

Ici, il est important de ne point perdre de vue que la violence des symptômes n'est point nécessairement en rapport avec l'étendue ou l'intensité du mal. Il est des individus qui présentent une fièvre violente, s'accompagnant de troubles constitutionnels et cela lors même qu'un seul poumon est légèrement atteint; aussi guérissent-ils facilement. D'autres, au contraire, ayant tout un poumon ou des portions des deux poumons enflammées, ne présentent comparativement qu'une fièvre insignifiante ou à peine quelques symptômes sérieux, jusqu'au moment où la respiration s'embarrasse et où la mort survient. C'est l'importance de ce fait qui nous explique en grande partie, le désaccord entre notre pratique et celle de nos devanciers, sachant surtout, que si la saignée peut soulager des symptômes, elle n'a aucune influence ni sur la durée, ni sur l'extension du mal. Ce fait ne laisse plus le moindre doute, après les observations de Louis, de Grisolle et du Dr Alison. J'ai eu maintes fois l'occasion d'en vérifier l'exactitude. Il est naturel que les anciens, ne connaissant la pneumonie que par ses symptômes les plus extérieurs, se tinssent pour satisfaits, lorsqu'ils voyaient ceux-ci diminuer. Nous savons trop aujourd'hui que le mal n'est point dompté pour cela. Aussi, n'en persiste-t-il pas moins des semaines, et se termine-t-il par une longue et pénible convalescence, si toutefois il n'aboutit pas à la mort par épuisement, après la disparition à peu près générale des symptômes fonctionnels actifs.

Ce n'est point dans l'amendement des symptômes qu'il faut chercher la preuve d'une bonne méthode, mais bien dans la guérison de la maladie. Le traitement le meilleur, toutes choses égales d'ailleurs, sera celui qui laissera le moins de morts et procurera la guérison la plus rapide. Or, si nous analysons les résultats : 1° du traitement antiphlogistique tel qu'il se composait autrefois : d'émissions sanguines et de l'emploi du tartre émétique; 2° du système expectant, ou pour mieux dire du système diététique; 3° du traitement propre à activer la marche naturelle de l'affection,

(1) *Brit. and Medical Review*, vol. 22 et 23.

(2) Dr G. Balfour in *Edin. Medical and Surgical Journal*. 1847.

(3) *Der Aderlass in der Lungenentzündung*. Wien, 1849.

nous trouvons que le traitement antiphlogistique actif, comme on le pratiquait autrefois, amenait la mort une fois sur trois. Le traitement par le tartre émétique à grandes doses, d'après Rasori et plus récemment d'après Dietl, donne une mortalité de 1 sur 5, ou d'après Laennec de 1 sur 10; le résultat des saignées modérées, comme les admettait Grisolle, donne 1 sur 6 1/2. Le traitement diététique, aidé au besoin de saignées et du tartre émétique dans les cas graves, comme le pratique Skoda, donne 1 sur 7; Dietl qui s'y conforme plus radicalement, n'a, dit-il, que 1 mort sur 15. Notons que tout cela se passe dans de grands hôpitaux publics. Ici, dans l'armée et la marine, où la pneumonie n'atteint guère que des sujets sains et robustes, la mortalité est encore de 1 sur 15. Enfin, la méthode qui a pour but de favoriser la marche naturelle de la maladie, telle que je l'ai exposée et qu'elle est pratiquée sous ma direction dans les salles de la Royal Infirmary à Edinbourg, n'a donné jusqu'à ce jour (1870) qu'une mortalité de 1 sur 55 et même, si nous voulions défalquer les cas de complications, nous n'aurions plus de mort à signaler.

Ces faits, m'amènent à conclure que la pneumonie, quand elle est exempte de complications et particulièrement chez les sujets jeunes et vigoureux, guérit presque toujours, si au lieu d'amoindrir les forces vitales on les soutient, en même temps que l'on favorise l'excrétion des matériaux du déchet organique. C'est précisément dans ces cas, néanmoins, que l'on recommandait autrefois de saigner largement et coup sur coup, en vue de prévenir le danger imminent d'une prétendue suppuration destructive du tissu pulmonaire. Ce danger est tout à fait illusoire. Au reste, loin d'être écarté par ce moyen, il n'en devenait que beaucoup plus redoutable. En effet, on le constate seulement chez des personnes âgées, dont la constitution est affaiblie et où les moyens nutritifs sont indiqués et nullement les remèdes antiphlogistiques. Nous comprenons fort bien du reste que la saignée pratiquée au début et chez des sujets jeunes et de constitution vigoureuse, fasse moins de mal ou pour nous servir de l'expression ordinaire, soit « mieux supportée » que lorsque la maladie est avancée et que le patient est affaibli, car les forces vitales en sont relativement moins atteintes. Voilà ce qui nous explique la diminution du chiffre de la mortalité dans la seconde série d'observations de Louis et probablement dans notre armée et dans notre marine. Mais quant à prétendre guérir par la saignée la plupart des individus atteints ou abrégé ainsi la durée de leur maladie, tous les faits à notre connaissance, s'accordent à prouver le contraire.

Il est certains cas, pris souvent pour des inflammations, et dans lesquels la saignée est quelquefois utile : par exemple, quand il existe un obstacle à la circulation, soit dans le cœur, soit dans les poumons, obstacle dépendant d'une distension excessive des cavités droites ou d'une congestion veineuse, d'un engorgement et peut-être d'un œdème des organes pulmonaires; comme aussi dans certaines bronchites avec difficulté extrême de respirer, et dans des cas d'anévrysme ou d'asphyxie. Cependant, à



l'égard de ces cas eux-mêmes, il resterait à déterminer d'une manière positive la valeur réelle de la saignée, à distinguer avec soin ceux qui la réclament spécialement et enfin à trouver les principes mécaniques qui justifient l'emploi de ce moyen. Comme je l'ai déjà dit (p. 598), l'amélioration momentanée consécutive à une perte de sang presque insignifiante, est quelquefois extraordinaire. J'ai vu des anévrysmes thoraciques considérables, chez des hommes vigoureux, s'accompagner de douleur et de beaucoup de dyspnée, et ces symptômes diminuer remarquablement et faire place à un soulagement inouï, durant douze à vingt-quatre heures, à la suite d'une légère saignée, ne dépassant pas cent cinquante grammes. Il faut probablement attribuer ce résultat à la diminution momentanée de la tension de tout le système vasculaire. Quoiqu'il en soit de l'explication, je tiens qu'à titre de palliatif et dans une mesure limitée, lorsqu'il n'y a point trop de débilité, les saignées rendent parfois des services. Quant aux antimonialaux, bien qu'à haute dose ils affaiblissent l'action du cœur et la force du pouls, ils ne sont d'aucune utilité. Mais à plus petites doses et associés aux sels neutres, il servent à diminuer la viscosité du sang et à favoriser l'excrétion du résidu organique, à travers la peau et les reins. (Voir art. *Urémie*.)

L'emploi des mercuriaux, nous venons de le voir, est absolument opposé à toute saine théorie, contrairement à l'usage général de les administrer dans le but d'activer l'absorption de la lymphe, en vertu d'une action spéciale qu'ils exerceraient sur le sang. A cette médication comme à la méthode des émissions sanguines, il manque l'appui réel de cette expérience à laquelle, néanmoins, on en appelle si complaisamment. On a surtout vanté les mercuriaux dans le traitement des inflammations séreuses et de l'iritis. Des observations récentes, très bien faites, ont démontré que ces maladies n'en vont pas moins bien lorsqu'elles sont traitées sans mercure. Celui-ci n'exerce sur elles aucune influence si ce n'est une action défavorable, dans certains cas. Ainsi, d'après une analyse de quarante cas de péricardite, traités par les mercuriaux, et relatés avec un soin exemplaire par le Dr John Taylor, c'est tout au plus si dans quatre de ces cas, on serait tenté de conclure à un résultat avantageux, et encore pourrait-on n'y voir qu'un simple effet de coïncidence (1). Le Dr H. W. Williams, de Boston, a rapporté une série de soixante quatre observations d'iritis, à tous les degrés et de toutes les variétés, idiopathique, traumatique, rhumatismale et syphilitique. Chez aucun de ses malades il n'employa de mercure pour le traitement; ils n'en guérirent pas moins tous, à l'exception de quatre, lesquels ne comptent même pas, car ces individus se négligèrent au commencement (2).

Je ne puis donc m'empêcher de conclure que les principes sur lesquels

(1) *Brit. and For. Medical Review*, vol. XXIV, p. 565, et *Lancet*, mai 1845 à octobre 1846.

(2) *Boston Medical and Surgical Journal*, 1856.

se fonde la méthode antiphlogistique, dans le traitement des inflammations aiguës, sont erronés et incompatibles avec l'état actuel de nos connaissances en pathologie. De plus, nos succès modernes sont corrélatifs, d'une part, avec l'abandon des remèdes héroïques et, d'autre part, avec le soin apporté à favoriser la marche naturelle des maladies. Dans nos grands hôpitaux civils et dans des conditions à peu près identiques, nous avons vu la mortalité de la pneumonie descendre de 4 sur 5 à 1 sur 7, puis à 1 sur 15 et enfin à 1 sur 55. En d'autres termes, la mort par suite de ce genre d'inflammation aiguë, est aujourd'hui une exception très rare, tandis qu'autrefois elle atteignait, il faut le dire, un chiffre effrayant. Les décès par cause de péricardite aiguë, j'en ai la certitude, sont beaucoup moins communs aujourd'hui qu'anciennement; aussi, dans les autopsies, observe-t-on beaucoup plus fréquemment des adhérences du péricarde. Ce remarquable progrès pratique doit être attribué, selon moi, à l'exactitude plus grande avec laquelle on parvient à diagnostiquer les inflammations des poumons et du cœur, et à une connaissance plus approfondie de la pathologie de ces affections. Ces résultats, d'ailleurs, ne sont pas étrangers même aux simples praticiens, sur lesquels ces progrès agissent insensiblement. Combien de fois, dans ces vingt dernières années, n'ai-je pas entendu demander: mais à quoi servent, au lit des malades, vos stéthoscopes, vos microscopes et vos analyses chimiques, etc.? Pour toute réponse nous nous contenterons de signaler la révolution en train de s'opérer aujourd'hui dans la pratique de la médecine, le remplacement des règles empiriques par des lois scientifiques et l'abandon des moyens palliatifs en faveur des méthodes curatives.

NOTE. L'auteur renvoie, pour l'exposé de la controverse qui suivit la publication de ses vues sur ce sujet, en 1837, à la troisième édition de cet ouvrage, ou au *Monthly Medical Journal* de 1837-38. Pensant que cette longue discussion n'offrirait aujourd'hui qu'un médiocre intérêt, il a considérablement abrégé son texte et renvoyé la description de différents faits à d'autres chapitres, afin d'éviter des répétitions. Toutefois, loin de rétracter quoi que ce soit de ce qu'il avançait alors, il se croit obligé de déclarer que cette vaste discussion n'a fait que le convaincre davantage de l'exactitude de ses opinions lesquelles semblent, du reste, à cette heure, tacitement admises. Désireux, néanmoins, de donner la preuve la plus rigoureuse de sa statistique, il remplacera cette discussion par un tableau de tous les cas de pneumonie traités par lui, depuis 1848, à la Royal Infirmary. Il compte achever ainsi d'édifier ses confrères sur la valeur de ses observations et affirmer inébranlablement les importantes conclusions pratiques auxquelles il est arrivé. (Voir *Pneumonie*.)

Il paraît, cependant, que ce chapitre de l'auteur, sur la décadence de la méthode des émissions sanguines a excité de chaudes discussions en Amérique, en France et dans d'autres pays. Aux États-Unis notamment le professeur Lawson, du Medical College of Ohio, Cincinnati, s'est surtout distingué par sa violente opposition aux doctrines de l'auteur. Ce dernier s'est cru, néanmoins, dispensé d'y répondre, par suite d'un article excellent et très modéré du Dr Hibberd, de Richmond, publié