

a une quinzaine de jours cependant, la fièvre a disparu, et avec elle l'expectoration rouillée; mais la matité et le souffle persistent tout aussi intenses, avec quelques râles sous-crépitaux de retour. Ainsi, cet individu, guéri de sa fièvre, conserve une lésion chronique des voies respiratoires, une sorte d'infiltration fibrineuse dont il ne peut se débarrasser.

La fièvre tombée, je cessai aussitôt ma médication, déjà si peu active. Je passai aux toniques, qu'il repoussa comme il avait fait auparavant des aliments, et aujourd'hui encore il ne prend qu'une faible ration.

Voilà donc une pneumonie lobaire que nous sommes obligés de sous-catégoriser en *pneumonie de vieillard*, qu'il eût été insensé et criminel de traiter par la saignée ou par la méthode rasio-rienne. C'est ainsi qu'on pourrait voir qu'il n'y a peut-être pas deux pneumonies qui se ressemblent, et qu'une pneumonie ne se ressemble même pas à elle-même aux différents jours de son cours: il ne faut donc pas de traitement exclusif, mais bien un traitement qui varie pour chaque malade, et même à chaque jour de sa maladie.

Le traitement doit donc prendre en considération, indépendamment de la lésion et de la maladie, le malade et son individualité. Ce qui revient à dire que toute médication exclusive ne peut qu'être mauvaise.

En résumé, nous vous enseignons ici, le plus scientifiquement que nous pouvons, la manière de traiter les Parisiens de l'hôpital, et c'est la seule chose que nous puissions faire; mais vous allez bientôt essaimer dans les lieux les plus divers du monde, alors gardez-vous de nous imiter servilement; à votre sagacité de savoir reconnaître le traitement spécialement applicable à vos pneumoniques du Nord ou du Midi, de la campagne ou de la ville.

### TRENTE-QUATRIÈME LEÇON

Encore le rhumatisme et ses manifestations variées. — Fièvre intermittente péripneumonique. — La médication doit s'inspirer de la nature de la fièvre. — Tout traitement systématique exclusif est déraisonnable. — L'expectation et ses résultats. — Les toniques et les pneumoniques dégradés. — Que l'alcool refroidit quand il empoisonne, réchauffe quand il nourrit, diminue la fièvre quand il tonifie. — Brown et les ivrognes, Rasori et les abstèmes.

MESSIEURS,

Nous n'en avons pas fini avec les péripéties de notre malade du n° 19 (1). Le 18 au matin, c'est-à-dire il y a deux jours, je le trouvai de nouveau avec une température de près de 41 degrés, sans qu'aucune modification dans l'état de ses organes vint justifier cette élévation subite. J'ai cherché partout; je n'ai rien trouvé; rien de plus dans les organes primitivement atteints; rien au poumon droit, ni au péricarde. Il avait une soif des plus vives, sa langue était sèche; et cependant, je le répète, il n'y avait aucune aggravation appréciable dans l'état matériel de ses organes.

Eh bien! messieurs, j'ai fait dresser un tableau de l'état du pouls et de la température aux différents jours de la maladie, afin que vous pussiez vous rendre facilement compte des singulières variations qui se sont offertes à nous. Vous vous rappelez que le 12 au soir il avait 41 degrés, et que le lendemain la température était brusquement tombée à 37°,8, soit 3°,2 de moins que la veille. Cette sorte d'apyrexie dura trente-six heures, au bout desquelles nous voyions, le 14 au soir, une température presque hyperpyrétique, de 41°,5. Un épanchement considérable et une endocardite, constatée par M. Duguet, expliquaient suffisamment cette recrudescence inattendue. Après vingt-quatre

(1) Voir, plus haut, leçons XXXII, p. 745, et XXXIII, p. 757.

heures de cet état fébrile, et sans qu'aucune modification se produisit dans l'état matériel des organes, survint tout aussi brusquement une nouvelle période d'apyrexie qui dura douze heures de plus que la première (remarquez ce point), soit quarante-huit heures.

Le 18 au soir, nouvelle recrudescence fébrile que rien ne vient justifier et qui ne dure que douze heures; après quoi la fièvre tombe de nouveau. Elle n'est pas encore revenue.

Eh bien! messieurs, ces chiffres sont très significatifs. A une première période apyrétique de trente-six heures, vous en voyez succéder une seconde de quarante-huit heures, soit douze heures de plus; à une première période pyrétique de vingt-quatre heures, vous en voyez succéder une seconde de douze heures; la fièvre tend donc à diminuer de durée et à reparaitre moins fréquemment. Mais à quelle maladie avons-nous donc affaire? Est-ce à une pneumonie rhumatismale, comme je vous l'ai annoncé? Ou ne serait-ce pas plutôt à ce qu'on appelait autrefois une *fièvre larvée*, à une fièvre pernicieuse péripneumonique? Nous observons bien de cette dernière les exacerbations manifestes, mais c'est tout. Ce caractère à part, nous ne trouvons plus que des différences.

Cette fièvre péripneumonique intermittente (très rare d'ailleurs), signalée d'abord par Morton, a pour caractères :

1° De présenter nettement les trois stades (frisson, chaleur et sueur);

2° D'offrir à l'auscultation la crépitation de la pneumonie au début, et parfois quelques heures plus tard un peu de souffle; auquel cas on observe même des crachats pneumoniques;

3° De revenir par accès qui ne durent que six à sept heures, tous les symptômes disparaissant ensuite ou s'amendant notablement.

Ce sont là, vous le voyez, des phénomènes bien différents de ceux que nous observons chez notre homme, qui n'a pas d'accès légitimes bien déterminés (le stade de sueur manque), et chez lequel on voit non pas cesser, mais au contraire s'aggraver les manifestations pulmonaires, alors que la fièvre cesse.

Enfin, la fièvre intermittente péripneumonique affecte le type

quotidien de préférence, ou encore le type tierce. Ici nous voyons la fièvre revenir : au bout de trente-six heures la première fois, de quarante-huit heures la seconde. Cela constitue encore une différence quant au type; dans la fièvre intermittente, les accès vont croissant d'intensité et se rapprochant; c'est tout le contraire que nous observons ici.

Ce que nous constatons encore de très curieux chez notre malade, c'est une diarrhée que rien ne peut arrêter, en même temps que l'absence complète de sueur. Mais, me direz-vous, c'est quelque chose d'assez étrange qu'un rhumatisme qui n'a pas de sueur! C'est étrange en effet, mais que voulez-vous que j'y fasse? Il a des sueurs du côté de l'intestin; et j'ose même dire que le premier jour il a sué par son tissu cellulaire, car c'est ainsi que j'explique l'œdème des extrémités inférieures qu'il présentait alors. Vous avez vu quelque chose d'analogue chez ce gros homme du n° 10 qui, entré ici pour un rhumatisme sans grandes douleurs articulaires, présentait un œdème considérable, œdème qui a subitement disparu en même temps que survenaient des sueurs abondantes.

En résumé, je vous dirai : Le rhumatisme est une maladie qui détermine volontiers l'hypercrinie; peu importe d'ailleurs qu'elle se fasse par les follicules muqueux ou par les glandes sudoripares; pourvu qu'elle se fasse.

Eh bien! chez nos deux malades l'hypercrinie s'est d'abord produite du côté du tissu cellulaire; puis chez l'un l'œdème a disparu pour faire place à la sueur; chez l'autre, au bout de vingt-quatre heures de séjour à l'hôpital, nous avons vu du même coup disparaître l'œdème et apparaître la diarrhée.

Cette diarrhée, sur laquelle j'appelle toute votre attention, est très abondante; elle n'est pas précédée de coliques, ni colorée par le sang, ni accompagnée d'épreintes; c'est bien une vraie sueur intestinale, et non cette dysentérie rhumatismale de Stoll si pénible, si douloureuse. Ce qu'il y a encore de curieux, c'est que, tout autant pour votre instruction que pour ma satisfaction personnelle, j'ai tout fait pour chercher à arrêter cette diarrhée et que mes efforts sont restés parfaitement infructueux.

Maintenant ce liquide est absolument séreux; sa fluidité est

remarquable aussi bien que sa fétidité ; il est enfin très abondant, et cependant le malade n'est pas autrement incommodé de ce flux si tenace et si copieux. Seulement il a maigri depuis son entrée, et est un peu prostré.

Ainsi, messieurs, nous sommes en présence d'un individu qui a eu des douleurs articulaires, une pleuro-pneumonie, une endocardite avec périodicité irrégulière dans les accidents fébriles, et enfin une sueur abondante, non par la peau, mais par l'intestin ; eh bien, je dis que c'est là un fait très intéressant, et tel qu'il suffit de l'avoir observé pour conclure, à la façon des anciens observateurs, que le rhumatisme est une maladie générale, toujours la même au fond, et ne variant que par ses diverses manifestations, suivant les tissus attaqués.

Cela dit, vous pouvez penser que traiter cet homme n'était pas chose facile. C'étaient des accès fébriles, avec un pouls tombant brusquement à 72 et même à 64, avec de la diarrhée, avec de la somnolence. Or, depuis les travaux de Traube et de Hirtz, on emploie volontiers la digitale contre la pneumonie ; je ne le pouvais ici, par crainte de porter trop loin le ralentissement du pouls, qui se produisait déjà de lui-même. Je ne pouvais non plus songer aux antimonial, à cause de la diarrhée qu'ils auraient pu rendre cholériforme et par suite funeste. Enfin il ne m'était pas permis de combattre la diarrhée elle-même par les opiacés, puisqu'il y avait déjà de la somnolence. Vous voyez combien il est nécessaire de discuter les indications et les contre-indications, et vous devez en conclure que les formules toutes faites, si elles favorisent la paresse du médecin, constituent en même temps un vrai danger pour le malade.

Me plaçant donc ici au point de vue du rhumatisme, dont j'espère vous avoir fait toucher du doigt l'existence, j'ordonnai 1 gramme et même 1<sup>g</sup>,50 de sulfate de quinine ; puis je suis revenu à 1 gramme, les phénomènes fébriles s'amendant. De plus, considérant la révulsion à courte distance comme une excellente thérapeutique, j'ai fait appliquer un vésicatoire au sommet gauche en avant, et j'ai prodigué la teinture d'iode sur tout le côté gauche du thorax en arrière.

Voici maintenant où en sont les choses au point de vue local.

Nous n'avons plus de matité que dans le cinquième, mettez, si vous le voulez, dans le quart inférieur du thorax ; l'épanchement est donc maintenant très restreint. La respiration est revenue dans le reste du poumon ; elle est seulement un peu soufflante au sommet en arrière, manifestement bronchique dans l'aisselle, et mêlée de quelques grosses bulles de crépitation au niveau de la clavicule.

Donc, il n'y a plus que : 1° un peu de pneumonie au sommet ; 2° un peu d'épanchement à la base : il n'y a plus de congestion étendue comme au début. Or, je vous ai dit que la pneumonie rhumatismale était plus souvent congestive qu'exsudative. Eh bien, l'expectoration est visqueuse, mais elle ne renferme pas de filaments fibrineux. Ce n'est pas là cette pneumonie que, par une abusive extension, les Allemands ont appelée *croupale* ; c'est une simple splénisation, et vous comprenez que la résolution sera autrement prompte que s'il y avait là un bloc de fibrine dont le malade dût opérer la résorption.

Ainsi cette pneumonie se rapproche beaucoup de la pneumonie rhumatismale ; elle en diffère par la non-mobilité des phénomènes ; en effet, la localisation s'est faite au sommet du poumon gauche, et le poumon droit, que nous avons sans cesse ausculté matin et soir, est resté constamment indemne.

La pleurésie diffère aussi du type classique de la pleurésie rhumatismale qu'on nous représente comme brusquement envahissante, donnant aussitôt naissance à un épanchement abondant, puis disparaissant aussi subitement qu'elle était venue ; ce n'est pas ici le cas, mais vous avez déjà vu au n° 40 une pleurésie évidemment rhumatismale qui différait tout autant que celle-ci de ce type. Elle s'y rattachait bien par l'abondance de l'épanchement, mais elle s'en est écartée en ce que cet épanchement a été persistant et si bien persistant, qu'il nous a fallu avoir recours à la thoracocentèse pour débarrasser le malade. Ceci dit pour vous engager à ne pas formuler trop vite un pronostic heureux en présence d'une pleurésie rhumatismale et à vous défier un peu des assertions à ce sujet.

Le traitement n'était donc pas chose indifférente dans le cas qui nous occupe ; déjà, à cette occasion, j'ai dû effleurer le

traitement de la pneumonie, j'y vais longuement revenir aujourd'hui.

Voyez-vous, ce qui doit dominer de beaucoup l'étude de la lésion dans la pneumonie, c'est l'étude approfondie de l'état général, de la fièvre concomitante; de là, en effet, se déduit la thérapeutique.

*Quel est l'état général de ce pneumonique?* Ainsi se pose le vrai problème médical. Y a-t-il fièvre légère ou fièvre intense? intégrité de l'appareil de la digestion ou état bilieux prononcé? intégrité de l'appareil d'innervation, ou adynamie, ataxie, ataxo-adynamie? En d'autres termes, la *fièvre est-elle légère, inflammatoire, bilieuse ou nerveuse?*

1° Au pneumonique dont la *fièvre est légère* convient l'expectation ou une médication équivalente; boissons émollientes, et même limonade si l'on en a l'audace, julep gommeux, bouillons et potages, un verre de vin de Bordeaux coupé de deux tiers d'eau; bientôt après, alimentation plus substantielle. Contre la lésion, si elle occasionne trop de douleur, cinq ou six ventouses scarifiées ou un vésicatoire. C'a été le traitement de tous ceux de mes malades qui se trouvaient dans ce cas. Et vous en avez vu les résultats.

2° Au pneumonique dont la *fièvre est inflammatoire et véhémente*, le traitement antiphlogistique, proportionné à l'intensité même de la fièvre: saignée du bras au début, nouvelle saignée le lendemain, s'il est nécessaire; tartre stibié à la dose de 30 centigrammes dans une potion de 120 grammes chaque jour. C'était la pratique que j'ai vu employer par Chomel, dont j'ai entendu les dernières leçons cliniques; celle de Cruveilhier, dont j'ai été l'interne; et même ce grand médecin insistait plus sur la saignée que ne le faisait Chomel. Cette méthode leur était commune avec Laennec, dont Cruveilhier avait été l'ami; seulement Laennec donnait 5 centigrammes de tartre stibié d'un coup toutes les deux heures, tandis que les deux médecins que je cite n'administraient la potion stibiée que cuillerée à cuillerée toutes les heures, avec recommandation d'augmenter l'intervalle d'une cuillerée à l'autre, s'il survenait des vomissements ou de la diar-

rhée. Telle était la pratique de Chomel et de Cruveilhier; or, pendant toute une année que j'ai passée dans le service de chacun d'eux, je n'ai pas vu mourir de pneumonie un seul adulte vigoureux (sinon ceux dont je vous parlerai tout à l'heure et qui furent victimes de l'expectation, commencée ailleurs que dans le service).

Dans ces cas, Monneret — qui avait été chef de clinique de Broussais, et qui avait une sorte d'horreur pour le système du grand réformateur, lequel saignait trop — Monneret ne saignait pas. En échange, il pratiquait avec conviction le contro-stimulisme de Rasori, faisant d'abord vomir abondamment son malade et suppléant ainsi à la saignée. Après quoi il donnait la potion stibiée à la dose de 30 centigrammes par jour, en la faisant tolérer avec du sirop diacode. Sa pratique était plus heureuse que celle du service de Natalis Guillot, dont le service était contigu au nôtre, et où l'on employait exclusivement les saignées.

Comme Monneret, Trousseau craignait aussi les saignées (à l'hôpital, je ne lui en ai vu prescrire aucune pendant les deux années que j'ai été son chef de clinique), mais il ne les rejetait pas systématiquement; il employait les antimoniaux: seulement, au tartre stibié, qui prostre trop rapidement les forces et intoxicque plus facilement que les autres préparations d'antimoine, il préférait le kermès, qu'il donnait à la dose de 1 gramme à 1<sup>g</sup>,50 et même 2 grammes par jour. Au lieu de l'administrer en potion, il le faisait prendre en pilules, afin d'éviter ses effets topiques fâcheux sur la muqueuse du pharynx et de l'œsophage. Il associait dans chaque pilule, à 10 centigrammes de kermès, 1 centigramme d'extrait de digitale avec quantité suffisante de savon médicinal. Dès qu'il survenait ou des vomissements ou de la diarrhée, il donnait, pour obtenir la tolérance, une goutte de laudanum de Sydenham dans la cuillerée de liquide destinée à faire avaler la pilule.

Voilà, messieurs, ce que faisaient les maîtres éminents dont j'ai eu l'honneur de suivre les leçons; et, vous le voyez, ils ne se livraient pas à l'expectation. Ils ne la conseillaient que dans les cas déterminés tout à l'heure, et c'était de l'expectation rationnelle. D'ailleurs, tout en pratiquant le contro-stimulisme, ils

soutenaient leurs malades de l'hôpital par des bouillons et une petite quantité de vin, Monneret et Trousseau surtout.

Vous comprenez que ce qu'on obtient dans ces cas par les antimonialx, on peut l'obtenir à l'aide d'autres moyens, par la digitale, par exemple; et c'est ce qu'ont fait de grands cliniciens, tels que Traube et Hirtz. La dose à laquelle Hirtz, de Strasbourg, administre la digitale dans la pneumonie est généralement de 75 centigrammes à 1 gramme de poudre de feuilles sur 100 grammes d'eau et 20 grammes de sirop, administrés par cuillerée d'heure en heure; rarement va-t-il jusqu'à 1<sup>g</sup>,25, et exceptionnellement à 1<sup>g</sup>,50. Cette dose doit être répétée aussitôt que la première est absorbée. Plus la maladie est récente, ajoute Hirtz, c'est-à-dire plus elle est éloignée de la période critique, plus elle résiste à la digitale et exige des doses un peu plus fortes qu'aux approches de la défervescence naturelle.

Par ces moyens, Hirtz obtient la diminution parallèle du pouls et de la température: le ralentissement du pouls allant jusqu'à 60, 50 et même 40 pulsations à la minute; l'abaissement de la température pouvant être de 1<sup>o</sup>,5 au-dessous de la normale, et cela en trente-six ou quarante-huit heures après l'administration des doses modérées. La chute de la température s'annonce d'abord par l'absence de l'exacerbation fébrile du soir, puis le lendemain on trouve que la température a baissé de 2 à 3 degrés (de 40 degrés à 36<sup>o</sup>,5) (1).

Enfin, le même effet antiphlogistique est obtenu par la méthode des saignées coup sur coup, chacune venant ajouter son effet nouveau à celui de la précédente, au moment où il tend à s'épuiser; cet effet étant, suivant moi, la contracture vasculaire par action lipothymique. Mais cet effet n'est réalisé qu'au prix d'une spoliation devant laquelle on conçoit que l'on recule, et c'est ce qui a empêché la généralisation de la méthode de Bouillaud, malgré sa valeur rationnelle et malgré ses succès.

3<sup>o</sup> Au pneumonique dont la *fièvre est bilieuse*, le traitement de l'état bilieux fébrile: vomitif à l'ipécacuanha, 1 gramme, addi-

(1) Hirtz, *Digitale (Thérapeutique)*, dans *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XI, p. 548.

tionné de tartre stibié, 5 à 10 centigrammes, puis purgatifs salins, répétés tous les deux jours; limonade vineuse et bouillon. J'ajoute à cette prescription 10 à 15 centigrammes de kermès dans un julep. C'est ainsi que vous m'avez vu traiter un certain nombre de malades (1), et vous avez pu en constater les heureux résultats.

4<sup>o</sup> Au pneumonique dont la *fièvre est nerveuse*, la médication variera suivant qu'il y aura *adynamie* ou *ataxie*.

Dans le premier cas, aux antinerveux anodins, tels que le laurier-cerise, l'éther et de petites doses d'opium, on fera bien d'ajouter le vin de quinquina et surtout les substances alcooliques, comme le vin ordinaire, à la dose d'une bouteille par jour, ou l'eau-de-vie dans un julep sucré dans la proportion de 50 à 100 grammes. C'est là le triomphe incontestable de la potion de Todd, dont je vous parlerai tout à l'heure plus longuement.

Dans le cas d'ataxie, les substances alcooliques ne doivent pas être rejetées, au contraire, surtout si c'est d'un ivrogne qu'il s'agit; seulement le vin convient mieux que l'eau-de-vie. Les préparations antinerveuses préférables sont alors l'opium et le musc.

5<sup>o</sup> A la *lésion*, au contraire, s'applique, dans tous les cas, le même traitement tout local, la révulsion, s'il y a lieu, à l'aide de ventouses scarifiées, de sangsues ou de vésicatoires.

C'est pour avoir oublié ou méconnu ces principes élémentaires de pathologie générale que certains médecins contemporains, préoccupés seulement de la lésion, sont arrivés à concevoir la pneumonie comme une maladie locale et univoque; ce qui les devait conduire à la conception de cette monstruosité thérapeutique d'une médication systématique quelconque également univoque.

Or, comme il n'y a pas *une* pneumonie, mais *des* pneumoniques, réagissant chacun à sa façon contre la maladie générale avec lésion pulmonaire; que la maladie générale est de beaucoup plus importante que la lésion locale; que la nature de la fièvre est bien autrement significative que le degré de la lésion;

(1) Voir, plus haut, leçon XXXIII, p. 763.

que les phénomènes concomitants ont aussi leur part de gravité, il s'ensuit que tout traitement systématique exclusif, quel qu'il soit, institué contre la pneumonie, est mauvais en tant que systématiquement exclusif, précisément parce qu'il n'y a pas une pneumonie.

J'ajouterai que les médecins qui ne craignent pas d'appliquer de pareils systèmes de traitement seraient coupables s'ils n'avaient pour excuse leur erreur ontologique. Et encore faut-il distinguer entre ceux qui, s'inspirant d'une idée théorique plus ou moins vraisemblable, mais en laquelle ils ont foi, imaginent un système qu'ils appliquent avec conviction; et ceux qui, sceptiques ou simples amateurs, essayent successivement, et avec la plus froide indifférence, les divers systèmes de traitement, en vue de reconnaître, s'il est possible, celui qui laisse mourir le plus de gens.

Ne croyez pas que j'exagère et qu'il ne soit pas de ces médecins expérimentateurs : Dietsch, de Vienne, en est un; il a soumis 85 pneumoniques à la saignée et a eu une mortalité de 20,40 pour 100; il en a traité 106 par le seul tartre stibié, et la mortalité a été presque égale, de 20,70 pour 100; alors, enfin! il a eu la bonne idée d'abandonner 189 pneumoniques à eux-mêmes, de faire ce que l'on appelle de l'« expectation pure », et la mortalité a été près de trois fois moindre, 7,4 pour 100.

Mais, de ce que ces expériences démontrent que l'expectation est une des moins meurtrières des médications systématiques (et elles ne démontrent que cela), il ne s'ensuit pas que l'expectation soit la médication préférable.

La question a été mal posée par Dietsch et ses imitateurs : toutes les médications systématiques exclusives sont mauvaises, chacune n'étant spécialement bonne que pour des cas déterminés; seulement l'expectation, ne faisant rien, ne trouble pas la nature, et laisse au moins au malade la chance de guérir, au cas où la guérison peut spontanément s'opérer.

Au contraire, cette chance même est ravie à l'infortuné pneumonique que maltraite à contre-temps l'énergique médication contro-stimulante ou antiphlogistique impitoyablement appliquée, en dépit des indications. Ces médications sont ici directe-

ment malfaisantes : elles ne s'opposent pas seulement à la guérison spontanée, elles ajoutent au mal primitif le mal qui résulte de leur application à contre-sens.

Tandis que l'expectation ne peut mal faire qu'indirectement. Mais à ceux-là qui l'emploient je ne sais aucun gré des guérisons : « ils n'y sont pour rien » ; je ne les tiens responsables que des morts : qu'ont-ils fait pour empêcher la catastrophe?

Maintenant, si l'on ne catégorise pas les pneumonies, si l'on n'y sait pas distinguer les indications spéciales, et si l'on veut appliquer indistinctement à toutes une exclusive médication, il faut le reconnaître, l'expectation sera la moins périlleuse de ces médications déraisonnables. C'est une arme « non chargée » mise aux mains des maladroits, laquelle ne tue pas, mais ne sait pas défendre.

Ainsi, l'expectation est mauvaise en tant que médication systématique exclusive; mais elle est la moins mauvaise de toutes les médications systématiques.

L'expectation ! mais c'est la médication primitive ! Le premier qui, malade, se coucha au pied d'un arbre ou dans un trou, attendant patiemment que Jupiter lui vînt en aide, a fait de l'expectation : inventeur sans le savoir, il découvrait une méthode : la méthode de l'animal ou du sauvage.

L'expectation ! mais j'en ai vu certains résultats ! Et c'était de la bonne et belle expectation, sans intervention aucune d'aucun agent thérapeutique, dans des cas de pneumonie franche ; et les malades en sont morts : ce furent les plus beaux cas de pneumonie suppurée que j'aie vus. J'étais alors interne de M. Cruveilhier : dans son service entra un homme de vingt et un ans, porteur d'eau, très vigoureux ; il était tranquillement resté chez lui avec sa pneumonie au type inflammatoire, prenant pour unique traitement la tisane que lui préparait une voisine compatissante ; il n'entra à l'hôpital, au huitième jour de sa maladie, que pour y mourir ; on trouva presque tout le poumon à l'état d'hépatisation grise. Le second cas était celui d'un maçon, tout aussi jeune et tout aussi vigoureux, qui mourut dans les mêmes conditions. Assurément ici la nature n'a pas été troublée dans ses opérations, et la suppuration a été toute spontanée. Eh bien,