

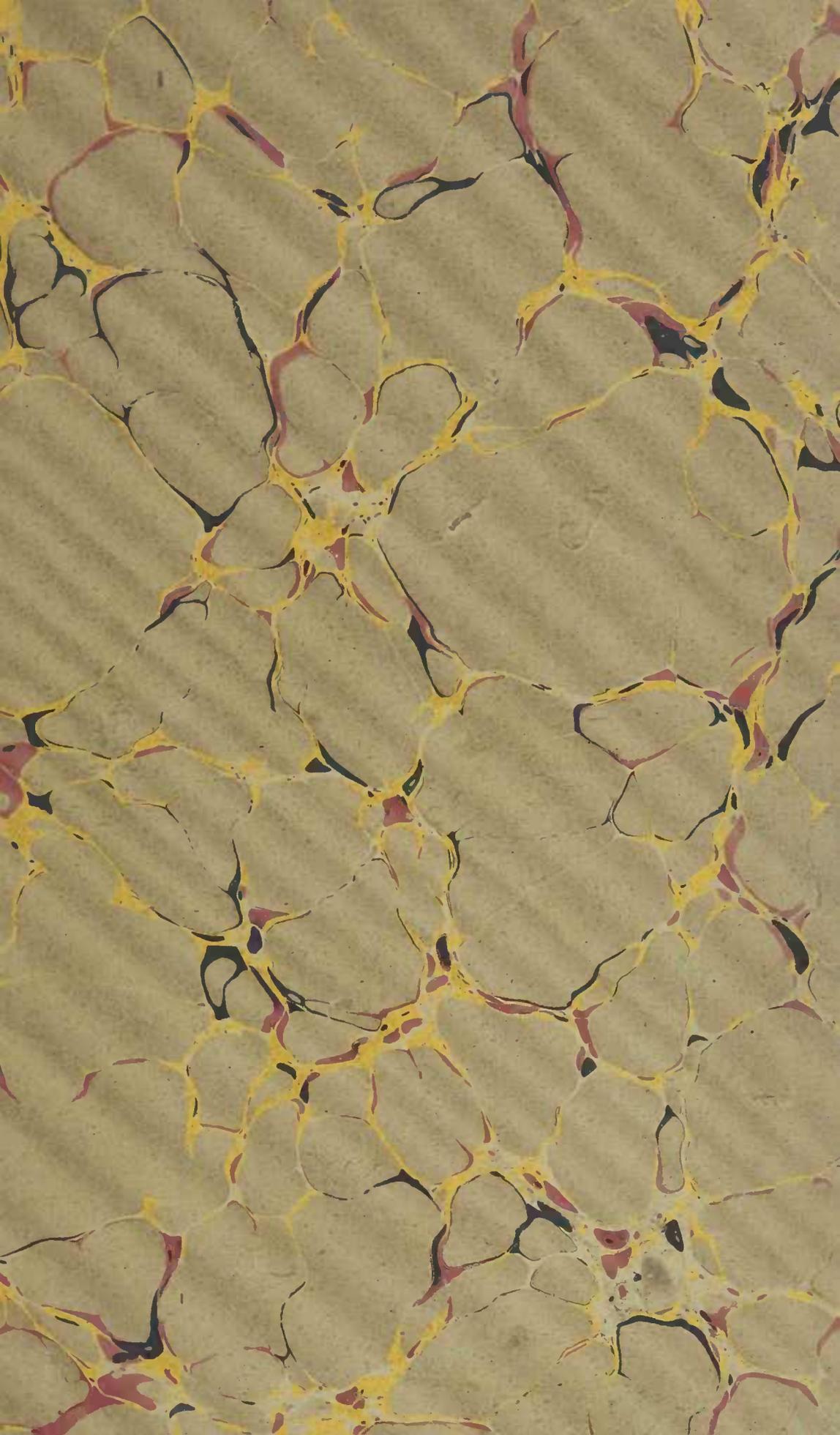


DEDALUS - Acervo - FM



379360

10700055713



TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE
DES FIÈVRES

Principales Publications du même Auteur

- Ramollissement aigu des parties centrales du cerveau. 1859.
- Essai sur la pathogénie des maladies nerveuses. 1859.
- Du catarrhe bronchique capillaire aigu, étudié dans ses rapports avec la rougeole. 1860.
- Observation d'hépatalgie simulant une colique hépatique. 1860.
- Apprécier les services que la physiologie expérimentale a rendus et peut rendre à la pathologie interne (Thèse de concours). 1860.
- Des fièvres continues et rémittentes, envisagées spécialement au point de vue de leur diagnostic. 1861.
- Des fièvres graves, envisagées spécialement au point de vue de leur classification et de leur diagnostic différentiel. 1862.
- Hystérie chez l'homme. 1862.
- De la méthode en médecine. Première leçon du cours complémentaire de pathologie et thérapeutique médicales. 1863.
- Note sur la nature de l'albuminurie. 1864.
- Introduction à l'étude des inflammations. 1866.
- Compte-rendu des principales maladies observées dans le service de la Clinique médicale, du 14 février au 8 avril 1866.
- Traité élémentaire des diathèses. Un vol. in-8° de près de 500 pages. 1867.
- De la fièvre hémoptoïque à quinquina. 1867.
- De l'utilité de la pathologie générale. Première leçon du cours de pathologie et de thérapeutique générales. 1868.
- De la commotion cérébelleuse. 1868.
- Documents pour servir à l'histoire de la contagion de la phthisie pulmonaire. 1869.
- De l'hémophilie. 1869.
- De l'influence de la température sur la mortalité de la ville de Montpellier. 1870.
- Empoisonnement par le gaz ammoniac. 1870.
- Anémie et chlorose. 1870.
- EN PRÉPARATION
- Traité élémentaire des altérations du sang.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE
DES
FIÈVRES

PAR

LE D^r A. CASTAN

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, MEMBRE
TITULAIRE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES, DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE
ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE, ETC., ETC

DEUXIÈME ÉDITION

REVUE ET CONSIDÉRABLEMENT AUGMENTÉE.

PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

Place de l'École de Médecine

MONTPELLIER
C. COUILLON, LIBRAIRE-ÉDITEUR

LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE, DES SCIENCES ET LETTRES

Grand rue

1872

PRÉFACE

DE LA SECONDE ÉDITION.



Il est peu de maladies qui dans ces dernières années aient été l'objet de recherches aussi nombreuses que les affections fébriles. Les médecins ont compris que celui qui posséderait de la fièvre une notion exacte, à l'abri de toute objection possible, aurait en même temps arraché à la nature vivante un de ses secrets les plus importants. La fièvre n'est-elle pas en effet un de ces éléments que le praticien rencontre à chaque instant, accompagnant la plupart des états morbides, soit qu'elle les domine, soit qu'elle leur devienne entièrement assujétie ? L'ardeur qui a poussé les expérimentateurs aussi bien que les cliniciens dans cette voie était donc légitime ; heureux serons-nous s'il nous est permis de constater qu'ils sont réellement parvenus à soulever un des coins du voile qui recouvre les obscures questions de la fièvre et des espèces fébriles. C'est là ce que nous aurons à examiner et à décider ; mais quel que soit le résultat de nos appréciations, il n'en restera pas moins établi qu'en présence du nombre considérable de travaux entrepris sur la matière, notre livre, dans les quelques années qui avaient suivi la date de sa première apparition, avait vite vieilli ; aussi devons-nous, pour lui assurer encore la bienveillance que les lecteurs lui avaient accordée une pre-

mière fois, le compléter par les éléments nouveaux dus aux travaux contemporains : c'est là ce qui nous a décidé à en publier une seconde édition. Puisse-t-elle recevoir le même accueil de la part de nos Élèves, à qui elle reste toujours particulièrement destinée !

Après ce que nous venons de dire, nos lecteurs ne seront pas étonnés de trouver dans cette seconde édition de profonds changements ; nous n'avons même aucun embarras à avouer que nos idées sur quelques points ont été notablement modifiées : ne nous fallait-il pas, en effet, au lieu de rester dans un immobilisme dangereux, accepter franchement les données nouvelles de la science, nous rallier aux idées dont des recherches récentes avaient démontré la vérité ! C'est ainsi que dans l'étude de la fièvre considérée en elle-même, nous avons dû faire à l'élément chaleur une part plus considérable que celle que nous lui avons accordée dans notre première édition ; qu'il nous a fallu admettre sans hésitation aucune l'importance que l'application, non nouvelle, mais plus étendue, du thermomètre à l'étude des phénomènes fébriles a donnée aux symptômes calorifiques. On sait du reste que Galien avait déjà reconnu cette importance, mais on sait aussi qu'elle avait disparu devant la prépondérance qu'avaient prise pendant quelque temps les altérations du pouls. Ainsi, dans sa marche, la science nous oblige souvent à revenir sur des faits qu'une légèreté coupable nous avait fait abandonner ; elle nous apprend à entourer sans cesse de notre respect ces Maîtres de l'antiquité qui, par la force seule de leur génie propre, avaient su poser sur des bases inébranlables les fondements de la médecine.

Mais ce n'est point ici le lieu de poursuivre ces réflexions ; revenons à notre sujet. Nous avons dit que nous avions dû suivre le mouvement de la science, avec elle nous incliner devant l'autorité des faits, et accepter les données nouvelles établies par des investigations multipliées ; mais nous n'avons

pas cru pour cela devoir accueillir, sans de nombreuses restrictions, toutes les conséquences qu'on a voulu tirer des principes posés à nouveau. C'est ainsi que nous avons montré toutes les objections qui s'élèvent contre les applications qu'on a voulu faire des études de la chaleur animale au diagnostic des différentes espèces fébriles. Il y a là, en effet, une exagération contre laquelle nous avons cru nécessaire de protester : nous ne comprendrions pas qu'on en arrivât à mépriser tous les enseignements qui sont fournis par les éléments multiples de l'observation, pour réserver toutes ses sympathies à un seul et unique signe, quelle que soit son importance. La science du diagnostic est trop délicate, trop difficile pour pouvoir s'accommoder d'une semblable simplification.

Nous espérons qu'après avoir lu l'étude que nous avons faite des différentes fièvres, chacun partagera notre opinion et approuvera la réserve que nous avons dû nous imposer.

Nous ne pouvons insister ici sur toutes les modifications apportées à notre ouvrage dans cette seconde édition ; le lecteur jugera de leur importance en parcourant les chapitres consacrés à la fièvre en général, à la fièvre typhoïde, aux fièvres bilieuses, à la variole, aux fièvres symptomatiques. Nous en avons assez dit pour faire comprendre l'esprit qui a présidé à la nouvelle rédaction ; on verra que si nous avons admis avec empressement les faits dont la vérité était démontrée par les recherches nouvelles de la science, nous n'avons rien sacrifié des principes qui nous ont toujours guidé dans l'étude des phénomènes morbides : leur utilité, leur vérité nous ont été depuis longtemps trop surabondamment démontrées, pour que nous puissions jamais songer à les abandonner.

PRÉFACE

DE LA PREMIÈRE ÉDITION.



Le TRAITÉ DES FIÈVRES que nous offrons aujourd'hui au public n'est que la première partie d'un *Traité complet de Pathologie interne* que nous nous proposons de publier. Cette œuvre est-elle bien utile? Un nouveau *Traité de Pathologie médicale* a-t-il sa raison d'être? Pouvons-nous espérer rendre quelques services à la science par cette nouvelle publication? Nous l'avons cru, et il est de notre devoir de faire connaître à ceux qui voudront bien nous lire, les motifs qui nous ont décidé.

Assurément, si nous avions voulu faire un *Traité de Pathologie interne* dans le même esprit que celui qui a présidé à la rédaction des ouvrages que chacun de nous a entre les mains, notre œuvre eût été bien inutile; nous n'aurions certainement pu rien ajouter aux faits nombreux contenus dans les Traités de MM. Grisolles, Gintrac, Béhier

et Hardy, Requin, Monneret, etc. Mais nous avons eu une autre prétention : nous avons pensé qu'il était bon de montrer à nos Élèves comment l'École de Montpellier comprenait tous ces faits, comment sa doctrine vivifiait et fécondait tous les enseignements de la science moderne.

Depuis Sauvages, Montpellier n'a donné le jour qu'à un seul *Traité de Pathologie interne*, dû à M. le professeur Alquié. Ce travail, qui a rendu des services réels, date aujourd'hui de quelques années, et, dans un siècle aussi agité que le nôtre, les ouvrages comme les hommes vieillissent vite ; le mouvement nous emporte, il faut savoir le suivre. Aussi, un *Traité* en harmonie avec les progrès scientifiques de notre époque nous a-t-il paru aujourd'hui nécessaire. Nous voulons prouver la possibilité de l'alliance, dont parle Baglivi, entre les anciens et les modernes ; nous voulons montrer que notre doctrine est assez large pour recevoir dans son sein tous les faits dus aux travaux persévérants des savants contemporains ; qu'en en mesurant l'importance, en leur assignant leur véritable place, elle empêche la science de s'égarer dans de vaines utopies. Nous pensons, en conséquence, que notre *Traité* a pour ainsi dire une mission à remplir, et nous croyons être utile aux Élèves, à qui ce livre est particulièrement destiné, en leur faisant connaître, en même temps que les faits, les principes, sans lesquels ces faits ne sauraient leur révéler les enseignements qu'ils contiennent. Puisse nous arriver à ce résultat !

Le *Traité des Fièvres* que nous publions aujourd'hui

est le fruit de longues et laborieuses méditations. Depuis longtemps déjà, ce sujet a occupé nos pensées ; à plusieurs reprises nous avons publié divers mémoires sur les fièvres graves et sur les fièvres à quinquina ; l'hiver dernier nous avons fait un Cours qui a eu pour objet l'étude des fièvres : nous n'entrons donc pas dans l'arène sans nous être bien préparé au combat ; nous le devons, si nous voulions surmonter les nombreux écueils que nous rencontrerons sur notre route. La vérité se trouve-t-elle chez les anciens, qui multipliaient à l'infini les espèces fébriles ? Est-elle chez les modernes, qui ont péché par l'excès contraire ? Nous aurons à faire la part de chacun de ces divers systèmes ; et de cette étude comparée nous espérons faire sortir une doctrine pyrétologique plus en harmonie avec la réalité des faits, avec les besoins de la pratique médicale.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DES FIÈVRES



DE LA FIÈVRE EN GÉNÉRAL.

Nous définissons les fièvres : *Des états morbides dont la fièvre constitue le fait principal.* Nous devons donc tout d'abord nous demander ce que c'est que la fièvre.

La fièvre (de *fervere*, brûler, allusion à l'un de ses principaux symptômes, ou de *februarare*, purifier, si on attache au mouvement fébrile l'idée d'une opération salutaire de la nature) est un acte morbide caractérisé par l'augmentation de la chaleur et l'accélération du pouls. Les autres phénomènes que l'on retrouve dans la fièvre : malaise général, dyspnée, céphalalgie, etc., ne sont que secondaires et ne peuvent entrer dans une définition.

Quelques médecins ont voulu donner une prédominance exagérée à l'un des deux caractères fondamentaux de la fièvre. C'est ainsi que Galien attachait une plus grande

valeur à l'accroissement de la chaleur, tandis que Boërhaave (aph. 571) donnait la priorité à la vélocité augmentée des artères. D'un autre côté, certains auteurs qui ont souvent vu cette fréquence du pouls, donnée comme signe caractéristique de la fièvre, manquer dans certains états morbides qu'ils n'hésitent cependant pas à ranger parmi les pyrexies, repoussent les définitions fondées sur ce symptôme. Grimaud entre autres, s'appuyant sur l'autorité de Sarcone, de Werlhof, Baillou, Piquer, Morgagni, regarde ce caractère comme peu essentiel à la fièvre, parce que, dit-il, « il y a des fièvres bien décidées dans lesquelles il manque, et dans lesquelles le pouls, bien loin d'être plus fréquent, est au contraire plus rare ¹ ».

Avant de vider la question de fond et de savoir lequel des deux caractères, chaleur ou fréquence, a décidément le plus de valeur, nous croyons devoir répondre à l'objection de Grimaud. Aussi bien sera-ce pour nous l'occasion d'établir un point de doctrine qui a bien aussi son importance.

Pour répondre à cette question de Grimaud : « N'y a-t-il pas des fièvres sans fièvre ? » il faut établir une distinction, admise de tout temps par l'École de Montpellier, entre l'état et l'acte morbides ; cette distinction établie, le malentendu cessera immédiatement. L'état morbide représente la modification vitale, la manière dont le système vivant a ressenti l'impression morbide ; l'acte n'est au contraire que la manifestation de cette modification générale. Or, dans les espèces morbides qu'on est convenu

¹ Grimaud ; *Cours de fièvres*, tom I, pag. 54.

d'appeler fièvres, il y a ces deux éléments à considérer : l'état morbide, c'est l'affection catarrhale, bilieuse, typhoïde, etc., qui doit à l'impression plus ou moins profonde qu'elle exerce sur l'organisme de s'accompagner généralement de fièvre ; l'acte morbide, c'est précisément cette fièvre elle-même, l'accélération du pouls, l'augmentation de la chaleur. Mais ces états morbides, ces affections, à certains moments de leur course et par suite de circonstances variables sur lesquelles nous n'avons pas maintenant à insister, peuvent exister sans fréquence du pouls : ce sont alors des *fièvres sans fièvre*. Il suffit donc de bien préciser les termes pour faire cesser la contradiction, plus apparente que réelle, signalée par Grimaud ; et, malgré l'objection de l'auteur du *Cours de fièvres*, la fréquence du pouls peut conserver toute sa valeur.

D'après cette manière de comprendre la fièvre, on peut dire qu'à proprement parler il n'y a pas de fièvre essentielle, puisque l'accélération du pouls et l'augmentation de la chaleur, qui en sont les signes caractéristiques, sont toujours symptomatiques, soit d'une lésion organique, soit d'un état morbide, et n'ont par conséquent pas d'existence indépendante, ainsi que l'a démontré M. Fages dans sa Thèse ¹ ; tout au plus peut-être pourrait-on faire une exception en faveur de la fièvre éphémère. Mais comme, après tout, les termes employés en médecine sont purement conventionnels, et que chacun doit se garder, sans motifs suffisants, de les détourner de l'acception généralement reçue, il reste bien entendu que l'on réservera le nom de fièvres essentielles aux états

¹ Fages ; Thèse inaugurale.

morbides aigus, généralement fébriles, dont l'existence ne peut être expliquée, dans l'état actuel de la science, par une lésion organique ou humorale quelconque. La distinction des fièvres essentielles et symptomatiques a une utilité trop incontestable dans la pratique, pour que nous ne cherchions pas à la maintenir.

Revenons aux caractères de la fièvre. Ces caractères, avons-nous dit, sont au nombre de deux : la fréquence du pouls et l'augmentation de la chaleur. La fréquence du pouls est variable, non-seulement suivant l'intensité de la fièvre, mais aussi d'après certaines conditions physiologiques qu'il est indispensable de connaître. C'est ainsi que, selon les âges, le pouls a une plus ou moins grande rapidité : tandis que, d'après Trousseau ¹, l'enfant a jusqu'à 126 et 137 pulsations dans le premier mois de la vie, l'adulte n'en a que de 60 à 70. Quant au vieillard, le chiffre de ses pulsations, d'après MM. Leuret et Mitivié, d'après le Dr Pennock, redevient un peu plus élevé. La femme a aussi un nombre de pulsations plus considérable, nombre qui est encore accru généralement par l'état de grossesse. L'attitude droite, les émotions morales, activent également la circulation. En dehors de la fréquence, le pouls peut présenter d'autres caractères variables suivant les différentes espèces de fièvres. C'est ainsi qu'on peut l'observer dur, mou, large, développé, petit, dépressible, irrégulier, intermittent, etc. ; mais la variété même de ces caractères prouve qu'ils ne dépendent nullement de l'acte fébrile lui-même, qu'ils appar-

¹ Trousseau ; *Journal des connaissances médicales*, juillet 1841.

tiennent aux états morbides producteurs de la fièvre ; la fréquence seule est le signe distinctif de la fièvre.

L'élévation de la température en constitue le second caractère ¹ Cette augmentation de la chaleur peut être ressentie par le malade, passer complètement inaperçue pour lui ou même coexister avec une sensation plus ou moins forte de froid : c'est ainsi, par exemple, que l'on voit, dans le stade de frisson des fièvres intermittentes, le thermomètre s'élever de plusieurs degrés. De Haën avait déjà constaté ce fait, que les recherches de MM. Andral, Bouillaud, et plus particulièrement celles de MM. Gavarret ², Girbal ³, etc., n'ont fait que confirmer. Cette impossibilité dans laquelle nous nous trouvons d'établir un rapport quelconque entre l'élévation thermométrique et les impressions de chaleur ressenties par le malade nous force par conséquent, si nous voulons avoir sur la température des notions suffisamment précises, à abandonner complètement les données subjectives et à recourir à un instrument physique. C'est cette nécessité qui a tellement répandu l'usage du thermomètre en médecine, et qui a inspiré les travaux de Bärensprung ⁴, Traube ⁵, Michaël ⁶,

¹ Nous ne croyons pas utile d'étudier en ce moment les causes de la chaleur animale ; les variations seules de cette chaleur doivent nous arrêter.

² Gavarret ; *Recherches sur la température du corps humain dans les fièvres intermittentes.* (Journal l'Expérience, juillet 1839.)

³ Girbal ; *Observations sur la chaleur animale dans les fièvres intermittentes paludéennes.* (Revue thérapeutique du Midi, 1850, tom. I, pag. 141.)

⁴ Bärensprung ; *Muller's Archiv.*, 1851.

⁵ Traube ; *Ueber Kriser und kristiche Tage.* Berlin, 1852.

⁶ Michaël ; *Archiv. für physiologische Heilkunde*, 1856.

Wunderlich ¹, etc., en Allemagne ; de MM. Roger ², Sée ³, Jaccoud ⁴, Lorain ⁵, etc., en France.

Les observations thermométriques sont généralement faites dans l'aisselle. Assurément le rectum donnerait une notion plus exacte de l'état réel de la température ; mais les difficultés de tout genre que présente ce lieu d'exploration ont dû lui faire préférer le point que nous avons indiqué. Les observations doivent être prises à différentes heures de la journée et même de la nuit ; on obtiendra ainsi les maxima et les minima propres à chaque maladie ; on verra si la maladie est franchement continue, rémittente ou intermittente ⁶ : chose très-importante non-seulement pour le diagnostic, mais aussi pour le pronostic. On comprend en effet qu'il n'est pas indifférent de savoir si une température élevée, dans les fièvres typhoïdes par exemple, se maintient pendant tout le cours de la journée, ou si l'activité des combustions cesse ou tout au moins diminue pendant quelques instants.

La température moyenne de l'aisselle est de 36°,5 à 37 degrés ; elle peut s'élever à 38, 39, 40 et 41 degrés ; elle peut même arriver plus haut ; mais alors le danger

¹ Wunderlich ; *Handbuch der Pathologie und Therapie*. Stuttgart, 1852-1856.

² Roger ; *De la température chez les enfants à l'état pathologique*. (*Archiv. de méd.*, 1845.)

³ Sée ; *Du diagnostic des fièvres par la température*. (*Bulletin de Thérapeutique*, tom. I, pag. 145. 1869.)

⁴ Jaccoud ; *Traité de path. int.*, tom. I, pag. 79. 1869.

⁵ Lorain ; *Études de médecine clinique*, etc. Paris, 1868.

⁶ Il faut, dans l'appréciation des oscillations thermométriques, tenir compte des variations normales présentées par la température : ainsi, l'on sait que le matin la température est généralement inférieure d'un degré à celle du soir.

est des plus grands, et on entre généralement dans la période agonique.

Les auteurs ont assigné aux différentes maladies une marche régulière basée sur l'étude de la température, et ils ont décrit une période initiale ou d'augment, une période d'état ou *fastigium*, enfin une période terminale ou de défervescence. Il est bien évident que, suivant les maladies, ces différentes périodes varient dans leur durée ; si, dans un accès de fièvre intermittente, les trois stades sont quelquefois à peu près égaux, dans les maladies inflammatoires, au contraire, l'augment est relativement très-court et le *fastigium* très-long. Bien que parfaitement disposé à tenir grand compte des courbes thermométriques, nous ne croyons pas qu'on puisse fonder uniquement la marche des maladies sur ce seul signe, et aurons-nous toujours une bien plus grande confiance dans l'ensemble des phénomènes que dans les données d'un seul symptôme, quelle que soit son importance. Nous trouverons du reste l'occasion de revenir sur ces divers points ; aussi, sans insister davantage en ce moment, nous rappellerons seulement qu'envisagée au point de vue des oscillations thermométriques, l'issue des maladies peut se faire de deux manières : ou bien brusquement par crise, ou insensiblement par lysis. Nous ne sommes point fâché de voir ainsi les observations nouvelles venir consacrer la vérité d'un dogme depuis bien longtemps admis dans la science, et qui, malgré les vives critiques dont il a été l'objet à différentes époques, est cependant toujours resté debout.

On a cru un instant que cette étude des courbes thermométriques allait renouveler la science, reconstituer la

médecine sur des fondements plus solides que jamais. Une courbe étant donnée, le diagnostic devait fatalement être établi; le problème médical était réduit à ses plus simples expressions. Sans vouloir nier en aucune manière l'importance de l'étude des variations thermométriques, il nous est impossible de ne pas protester contre de semblables exagérations.

A ceux qui prétendent, par exemple, pouvoir établir le diagnostic des maladies d'après la seule observation thermométrique, nous n'opposerons pas seulement le vieil adage hippocratique : *Unum signum, nullum signum*; mais nous répondrons que, pour nous, le diagnostic, point capital en médecine, est une science trop délicate, trop hérissée de difficultés, pour qu'on puisse éviter, si l'on veut l'établir sur des bases solides, de recourir à toutes les données de l'observation, et de consulter aussi bien les éléments fournis par l'étiologie que ceux qui dépendent de la symptomatologie et des effets d'un traitement antérieur.

Le pronostic peut retirer de l'étude de la chaleur animale de plus grands avantages que le diagnostic. L'élévation prolongée de la température doit en effet toujours être considérée comme constituant un très-grand danger pour le malade, l'observation ayant démontré que ce n'est pas impunément que la chaleur reste longtemps élevée. Toutefois ceci ne saurait rien enlever à la valeur des autres signes pronostiques.

Le thermomètre, dont nous n'avons méconnu en aucune manière les services, ne peut cependant nous donner toutes les qualités de la température qu'il nous importe de connaître; ces qualités spéciales, auxquelles depuis Hippocrate et surtout Galien on attache une grande

importance, la main seule peut nous les dévoiler. Ainsi, suivant la nature de la fièvre à laquelle on a affaire, la chaleur est erratique, âcre, ardente, mordicante, hali-tueuse, etc. La valeur séméiologique de ces différentes qualités de la température est très-grande, et on aurait grand tort de les négliger, pour s'en tenir aux seules données thermométriques.

Augmentation de la température, accélération de la circulation, tels sont, avons-nous dit, les deux caractères principaux de l'acte fébrile. D'autres phénomènes: malaise, inappétence, céphalalgie, diminution des sécrétions, etc., accompagnent habituellement ces deux symptômes, mais ils n'ont plus la constance de ces derniers et varient suivant la nature de la maladie qui produit la fièvre. Ainsi, dans les fièvres hectiques par exemple, ils manquent souvent; dans les fièvres catarrhales au contraire, alors même que le mouvement fébrile est très-léger, nous voyons presque toujours une anxiété extrême, une céphalalgie très-vive, quelquefois même, surtout chez les enfants, du délire, etc. Il n'y a donc aucun rapport entre ces divers symptômes et les deux grands faits qui seuls constituent la fièvre.

On doit cependant peut-être faire une exception en faveur des altérations présentées par les urines. Elles sont en effet plus rares, chargées, d'une coloration plus foncée; cet aspect tient évidemment à des modifications qui paraissent assez constantes dans la composition du liquide, et dont la plus importante consiste dans l'augmentation de l'acide urique et des urates. Mais dans cette augmentation, il y a deux choses à considérer: l'augmentation rela-

tive par rapport à la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures (cette augmentation n'a rien d'étonnant, puisque la quantité d'urine, comme de toutes les sécrétions, diminue pendant la fièvre) et l'augmentation absolue : or, cette dernière augmentation est aussi réelle, et les observations ont démontré que les proportions de l'acide urique et des urates pouvaient doubler dans les vingt-quatre heures. Nous verrons tout à l'heure le parti qu'on a voulu tirer de ce fait pour les besoins de certaines théories. Nous devons cependant faire remarquer qu'il n'est pas aussi constant qu'on a bien voulu le dire ; assurément, l'analyse de l'urine n'est pas chose aussi facile et aussi praticable que l'exploration du pouls ou de la chaleur, et par conséquent on ne peut avoir une proportion bien exacte des cas dans lesquels les principes solides de l'urine ne subissent aucune augmentation ; toutefois, quand on voit des urines rester parfaitement claires et limpides, au milieu d'états fébriles même assez graves, il est bien permis de supposer que les urates, que l'acide urique sont restés dans leurs proportions habituelles. Nous sommes porté à penser que les variations dans la composition des urines dépendent peut-être autant de l'état que de l'acte fébrile, de l'affection générale que du symptôme.

Pour certains auteurs, la fièvre n'existe qu'à la condition que les phénomènes constitutifs aient une certaine durée ; M. Grisolle ¹ en particulier ne veut pas reconnaître le caractère fébrile à ces états transitoires occasionnés par

¹ Grisolle ; *Traité de pathologie interne*, tom. I, pag. 3.

une course trop rapide, une vive émotion, une digestion un peu difficile, etc., et dans lesquels cependant on constate une accélération du pouls, une très-légère augmentation de la chaleur. Pour nous, il y a aussi bien fièvre dans ces conditions que dans les cas de maladie parfaitement déterminée; ce sont des fièvres éphémères à leur plus haut degré de simplicité.

Les caractères de la fièvre étant maintenant connus, cherchons à en comprendre le mécanisme; demandons-nous quels sont, dans cet acte morbide, les organes primitivement atteints. La fièvre dépend-elle de l'exagération de l'action du cœur, comme le voulaient Galien et Boërhaave, comme on l'a admis généralement après eux? Est-elle au contraire le résultat du relâchement des petits vaisseaux, ainsi que le veut une théorie moderne? L'action primitive porterait-elle enfin, non sur les seuls organes circulatoires, mais sur l'ensemble de tous les organes producteurs de la chaleur, l'élévation de la température devenant ainsi le point de départ, le fait primordial de la fièvre? Autant de théories à examiner.

Entre ces divers systèmes, un des plus importants, de ceux qui ont eu le plus de retentissement il y a quelques années, est celui qui a été exposé par M. Marey ¹, qu'ont suivi un grand nombre d'auteurs, et que nous avons nous-même adopté en partie dans notre première édition.

M. Marey, étudiant la loi qui préside aux variations de la fréquence des battements du cœur, établit que cet organe bat d'autant plus vite qu'il éprouve moins de peine

¹ Marey; *Physiologie médicale de la circulation du sang*. Paris, 1863.

à se vider, et il le prouve de la manière suivante : Tout muscle qui doit fournir un certain nombre de contractions exécute celles-ci d'autant plus rapidement qu'il a moins de résistances à vaincre. Qu'un homme ait à franchir une certaine distance, il le fera d'autant plus vite qu'il sera moins chargé, c'est-à-dire qu'il aura moins de résistances à vaincre. De même, ce sera dans la résistance plus ou moins grande offerte par le système artériel qu'il faudra chercher la cause de la rapidité plus ou moins grande des battements du cœur ; cette résistance est mesurée par la tension artérielle, c'est-à-dire par l'effort que fait le sang contre les parois des artères. La fréquence du pouls est en raison inverse de la tension artérielle : ainsi, la saignée diminue la tension (les expériences de Hales, de MM. Poiseuille, Marey, etc., le prouvent suffisamment) ; aussi le sang, trouvant moins de résistance, se précipite-t-il avec plus de rapidité ; les battements augmentent de fréquence. La position du sujet, qui peut retarder ou faciliter le cours du sang ; l'activité musculaire, la course par exemple, qui, en favorisant le cours veineux, diminue les résistances au-devant des capillaires, ont le même résultat : elles diminuent la tension, augmentent la fréquence. D'après cela, les phénomènes d'activité circulatoire doivent être compris comme résultant primitivement, non d'un surcroît dans la force impulsive du cœur, mais d'une diminution des résistances que la contractilité des vaisseaux oppose au sang.

Quant à la chaleur animale, c'est encore la contractilité vasculaire qui la règle : elle se produit partout, elle se perd surtout dans les organes qui présentent beaucoup de surface et peu de masse, comme les membres ; les

organes profonds conservent au contraire plus facilement leur chaleur : la circulation, en reprenant du sang froid et apportant du sang chaud, maintient l'équilibre de température. La déperdition du calorique peut varier suivant certaines conditions : la température ambiante, l'épaisseur des vêtements, etc.; la même quantité de sang ne doit donc pas toujours arriver ; aussi la contractilité artérielle, qui est impressionnée par la température, ne laisse-t-elle circuler que le sang nécessaire.

Appliquées à l'étude de la fièvre, ces notions nous apprennent par analogie que la fréquence du pouls est due à la diminution de la tension artérielle ; quant à la chaleur fébrile, on peut facilement l'assimiler à celle que M. Cl. Bernard produit par la section des nerfs du grand sympathique ; seulement, le phénomène de dilatation étant pour ainsi dire généralisé dans toute l'économie, l'échauffement qui en résulte se généralise également pour toutes les régions superficielles du corps. M. Cl. Bernard avait bien compris du reste lui-même les applications que l'on pouvait faire de sa découverte des nerfs vaso-moteurs à l'histoire de la fièvre, quand il disait : « De nos expériences il résulte que l'appareil circulatoire vasculaire possède un système vaso-moteur spécial, et que le mouvement du sang peut être accéléré ou retardé dans les vaisseaux, soit localement, soit généralement, sans que le système nerveux moteur des mouvements musculaires du corps y participe en rien. Les congestions locales et fonctionnelles qui surviennent périodiquement dans certains organes sont des exemples de cette indépendance des mouvements circulatoires à l'état physiologique. La *fièvre* nous en fournit, d'une manière

frappante, un autre exemple à l'état pathologique¹.»

Telle est la théorie que M. Marey développe, et à laquelle les dernières découvertes de la physiologie expérimentale apportent un très-grand appui. Si le cœur augmente la vitesse de ses battements dès que la tension artérielle est moindre; si les procédés employés par la nature sont les mêmes dans l'état hygie et dans l'état morbide (*quæ faciunt in homine sano actiones sanas, eadem in ægro morbosas* Hippocrate), nous sommes bien amené à reconnaître que de la diminution de la tension dépend, dans la fièvre, l'accélération du pouls, et secondairement l'augmentation de la chaleur. Mais, même en admettant sans objection cette théorie, il est impossible de ne pas faire remarquer qu'ici, comme toujours, la physiologie expérimentale nous apprend bien le procédé, le *modus faciendi* de l'acte morbide, mais qu'elle est impuissante à nous en faire connaître la cause réelle. La théorie de M. Marey ne fait en effet que reculer la difficulté, et nous laisse dans l'ignorance des conditions qui produisent cette diminution de la tension artérielle. Dans l'expérience de M. Cl. Bernard, nous concevons très-bien le phénomène : la section du grand sympathique l'explique suffisamment; après une saignée abondante, nous pouvons encore le comprendre : la soustraction du sang nous en donne la raison; mais, dans la fièvre, il faut reconnaître que le problème est plus difficile à résoudre. Doit-on admettre une diminution d'activité du grand sympathique due à des fatigues exagérées, comme dans la fièvre éphémère,

¹ Cl. Bernard; *Recherches expérimentales sur les nerfs vasculaires et calorifiques du grand sympathique.* (*Journal de physiologie*, juillet 1862, pag. 398.)

ou produite par la maladie elle-même, comme dans la fièvre typhoïde par exemple ? Et dès-lors pourrait-on expliquer l'efficacité du repos, de la diète, ces remèdes souverains de la fièvre, par leur action sur le système nerveux, auquel ils rendraient son énergie première ? L'esprit serait ainsi plus satisfait ; mais nous devons convenir que ce ne sont encore là que des hypothèses qu'il appartient à l'avenir de juger.

En opposition à cette théorie, nous devons citer celle qui, considérant l'excès de chaleur comme le fait primordial, donne plutôt pour cause à la fièvre l'exagération des combustions nutritives, et relègue au second rang les phénomènes nerveux. Cette opinion a bien des faits en sa faveur ; elle ne manque pas, par exemple, de faire valoir que dans les fièvres à frisson les troubles de nutrition précèdent d'une à trois heures l'apparition de ce phénomène¹ ; que l'excès d'acide urique et d'urates témoigne d'une modification réelle dans la nutrition, etc. ; mais n'est-elle pas, elle aussi, susceptible d'objections sérieuses ? Comment, sous quelles influences se produisent ces troubles nutritifs ? Comment, alors que, dans tous les phénomènes de la vie, nous voyons le système nerveux exercer une action si puissante, comment comprendre que dans la fièvre il se désintéresse complètement ? L'élévation primitive de la température est un fait qu'il faut admettre ; mais encore nous faut-il une explication rationnelle de ce fait, et cette explication, force est bien d'avouer que les partisans de la théorie que nous exposons ne nous la fournissent pas.

¹ Jaccoud ; *Traité de path. int.*, tom. I, pag. 95.

Ce n'est pas en effet avec les diverses hypothèses de l'altération d'un *centre du système vaso-moteur situé dans la partie cervicale de la moelle* (Traube), du trouble des *départements modérateurs de la calorification* (Virchow), etc., qu'on peut espérer satisfaire complètement l'esprit; si une chose nous étonne, c'est de voir de semblables explications données par les hommes qui ont les plus grandes prétentions à l'exactitude et à la précision en matière scientifique. Mieux vaut donc encore avouer notre ignorance: au moins ainsi n'arrêterons-nous pas de nouvelles recherches. Reconnaissons qu'une « *physiologie pathologique inattaquable de la fièvre est encore à trouver* »¹, et poursuivons hardiment nos investigations, jusqu'à ce que la solution du problème nous soit un jour donnée.

En résumé, les seules notions inattaquables et en même temps pratiques que nous devons conserver, sont les suivantes: 1° la fièvre est un acte morbide caractérisé par l'augmentation de la température et la fréquence du pouls; 2° ces deux grands faits, d'une égale importance, ne paraissent pas cependant essentiellement liés l'un à l'autre, puisqu'il n'est pas rare d'observer un accroissement considérable de chaleur sans grande fréquence du pouls, et réciproquement; 3° quelle que soit la théorie de la fièvre qu'on adopte, on doit regarder comme également importantes les altérations nutritives, les combustions interstitielles exagérées, caractérisées aussi bien par l'accroissement de chaleur que par les modifications de

¹ Desnos; *De l'état fébrile*; Thèse de concours, pag. 68. Paris, 1866.

l'urine et les troubles nerveux, que ceux-ci soient primitifs ou secondaires.

Étiologie de la fièvre. — La fièvre, telle que nous l'avons comprise, n'est qu'un acte morbide qui trouve sa cause dans les altérations dynamiques ou organiques du système vivant. Elle n'est jamais qu'un symptôme, un effet. Quant aux causes des fièvres, elles seront étudiées à propos de chaque espèce en particulier ; c'est à ce moment seulement par conséquent que nous pourrons discuter les diverses théories relatives à la pathogénie des pyrexies continues.

De la fièvre au point de vue du diagnostic. — La fièvre, symptôme commun à un grand nombre de maladies très-différentes par leur nature, ne peut nous être d'une bien grande utilité dans le diagnostic de ces diverses espèces morbides. Toutefois, si on la voit persister pendant un certain temps sans être accompagnée des symptômes propres aux fièvres typhoïdes ou aux autres pyrexies graves, on est fondé à la regarder dès-lors comme symptomatique, et à soupçonner en conséquence l'existence d'une lésion organique.

Dans ces derniers temps, on a demandé à la fièvre d'autres enseignements plus précieux, et on a cherché, d'après les caractères de la fièvre elle-même, à établir le diagnostic différentiel des différentes espèces fébriles ; on a cru, en un mot, d'après les courbes thermométriques, pouvoir caractériser chaque fièvre en particulier, et c'est sur ces données que Wunderlich a établi les grandes lois dont nous aurons plus loin à reparler. Nous avons déjà

dit ce qu'il fallait penser de cette prétention. On pourra, dans l'étude de ces courbes, trouver des éléments précieux, mais jamais une certitude.

De la fièvre au point de vue du pronostic. — La fièvre peut être ici une source d'indications précieuses ; son intensité mesure en effet souvent la gravité de la maladie. Nous avons déjà dit de quelle utilité pouvait être à ce point de vue l'étude de l'élévation thermométrique.

La fièvre peut-elle être curatrice ? Les naturistes l'ont affirmé ; M. Fages, en dédiant son travail à la fièvre ¹, montrait toutes les espérances qu'il fondait sur elle. Sans accepter toutes les exagérations de cette école, on doit se demander si, dans les maladies chroniques, chez les individus à tempérament lymphatique, dans les cas où les mouvements de la nature sont peu accentués, pleins de torpeur, la fièvre ne pourrait pas avoir quelque chose d'utile ; si, en favorisant l'afflux d'une plus grande quantité de sang, elle ne serait pas susceptible de contribuer à résoudre certains engorgements contre lesquels les agents thérapeutiques ont été impuissants. Les succès de l'hydrothérapie nous paraissent venir à l'appui de cette opinion : cette médication ne réussit en effet, dans ces cas, qu'à la condition d'accélérer le mouvement circulatoire, de susciter en quelque sorte un mouvement fébrile.

De la fièvre envisagée au point de vue du traitement. — Le traitement de la fièvre consiste surtout dans l'emploi des moyens dirigés contre l'état morbide ou la lésion qui

¹ Fages ; *loc. cit.*

l'entretient : *sublatá causá, tollitur effectus*. Cependant, il est une série de moyens qui paraissent plus efficaces contre l'état fébrile lui-même : digitale, sulfate de quinine, bains, affusions froides, etc.; nous aurons l'occasion d'en parler assez longuement à propos de la fièvre typhoïde, nous n'avons donc rien à en dire en ce moment.

CLASSIFICATION DES FIÈVRES.

Sur quels principes peut-on établir une classification des fièvres ? Borsieri a divisé ces maladies, d'après leur type, en intermittentes et continues, continues continues et continues rémittentes. Le type n'est qu'une forme particulière de la marche des maladies, n'a aucun rapport avec leur nature, par conséquent n'est d'aucune utilité pour classer les pyrexies. L'affection paludéenne par exemple peut, tout en restant la même au fond, revêtir les trois types intermittent, continu et rémittent. Pinel avait cherché dans l'étude des symptômes la base de sa classification ; mais les phénomènes extérieurs ne traduisent pas toujours la véritable nature des maladies : où placer, d'après cette méthode, le groupe si important des fièvres à quinquina, qui empruntent leur symptomatologie aux autres espèces pyréto-logiques, et qui ne peuvent être reconnues que d'après leurs causes, leur marche et leur traitement ? Les principes qui nous guideront seront ceux de la méthode naturelle, méthode qui n'envisage pas un objet sous un seul de ses aspects, mais qui l'étudie sous toutes ses faces et conclut, de l'ensemble de ses qualités, à la place qu'il doit occuper. Appliquée aux pyrexies, cette méthode nous impose l'obligation de les étudier dans leurs causes, leurs symptômes, leur marche et leur traitement ; elle nous permettra ainsi de les rapprocher suivant leurs affinités naturelles. D'après ces principes, nous sommes amené à établir d'abord deux grandes divisions, et à admettre : 1° des fièvres essentielles, c'est-à-

dire des états morbides que l'état actuel de la science nous oblige encore à considérer comme indépendants de toute altération anatomique et généralement accompagnés de fièvre ; 2° des fièvres symptomatiques, n'ayant plus d'existence indépendante, mais entièrement liées à la lésion organique qui leur a donné naissance.

Les fièvres essentielles elles-mêmes doivent être divisées en cinq genres :

1° Des fièvres ayant des caractères particuliers, déterminés, spéciaux, et que pour cela, à défaut de meilleure dénomination, nous appelons *fièvres spéciales* : ce sont les fièvres éphémère, inflammatoire, bilieuse, catarrhale, muqueuse, ataxo-dynamique, typhoïde, etc., cette dernière formant le passage entre le premier genre et le second, composé par les fièvres spécifiques : la fièvre typhoïde en effet, qui n'appartient aux maladies spécifiques, ni par ses causes, ni par son traitement, s'en rapproche du moins par ses caractères nettement accentués. Elle pourrait également servir de transition entre notre première division et celle des fièvres éruptives, avec lesquelles elle présente de nombreux rapports. Quelques maladies épidémiques, le typhus, la peste, quelques pyrexies exotiques, la fièvre jaune, la fièvre rémittente bilieuse des pays chauds, etc., rentrent aussi dans cette première classe.

2° Les fièvres spécifiques à quinquina (expression que nous justifierons plus tard), qui se composent des fièvres intermittentes, continues, rémittentes, pernicieuses et larvées.

3° Les fièvres éruptives, dont le caractère principal est de présenter une éruption critique de la fièvre ; elles sont

en outre contagieuses, souvent épidémiques, et créent une immunité plus ou moins complète chez l'individu qu'elles ont atteint une première fois. La variole et ses variétés, varioloïde, varicelle, la rougeole et la roséole, enfin la scarlatine, composent cette classe.

4° Les fièvres pseudo-exanthématiques, qui présentent une éruption rarement critique, qui ne sont que tout à fait exceptionnellement contagieuses et ne créent pas d'immunité : ce sont l'érysipèle, l'eczéma rubrum aigu, l'urticaire, etc.

5° Les fièvres synergiques, qui accompagnent l'établissement de quelque fonction importante, de la lactation, de la menstruation.

L'ordre que nous suivrons dans l'étude de chacune de ces fièvres est celui qui nous est indiqué par la nature ; ce ne sera pas par l'anatomie pathologique que nous commencerons leur description, ainsi que le font la plupart des auteurs de pathologie interne : la nature ne crée pas, en effet, d'abord des lésions ; il faut avant toutes choses qu'elle subisse l'impression de causes diverses ; elle manifeste ensuite cette impression, et ce n'est qu'à la fin qu'il nous est donné de connaître les altérations qu'elle a produites. Nous étudierons donc tout d'abord l'étiologie, puis la maladie elle-même dans ses symptômes, sa marche, ses lésions anatomiques, enfin son traitement ; et nous aurons ainsi toutes les données nécessaires pour comprendre sa nature.

CLASSE I. — FIÈVRES ESSENTIELLES.

1^{er} GENRE. — Fièvres spéciales.

Fièvre éphémère.

La fièvre éphémère est caractérisée par son peu de durée, par sa bénignité extrême ; l'appareil fébrile existe ici dans sa plus grande simplicité.

Étiologie. — Les causes de la fièvre éphémère sont très-variées ; cette diversité si grande ne suffit cependant pas pour créer autant d'espèces de fièvres éphémères qu'on peut leur reconnaître de causes ; Avicenne, Sauvages¹, décrivant onze variétés, n'ont fait que compliquer inutilement cette étude. Parmi les causes prédisposantes, nous devons citer la jeunesse, une constitution robuste. Est-ce parce que les individus jouissant de ces attributs, et confiants dans l'excellence de leur santé, s'exposent plus facilement aux causes qui peuvent engendrer la fièvre éphémère ? est-ce parce que leur vigueur les met à l'abri de toute maladie plus grave ? Qu'on admette ou qu'on rejette cette explication, il n'en est pas moins certain que c'est dans ces conditions que se développe ordinairement la fièvre éphémère. Comme causes occasionnelles, nous citerons les émotions morales, les excès, les fatigues de

¹ Sauvages ; *Nosologie méthodique*, tom. II, pag. 21 et suiv.

tout genre, corporelles ou intellectuelles, l'impression du froid ou de la chaleur, l'insolation, etc.

Symptomatologie. — La fièvre éphémère apparaît d'une manière brusque, sans prodromes ; son début est quelquefois annoncé par un léger frisson ; elle est ensuite caractérisée par la fréquence plus ou moins grande du pouls, l'exagération de la chaleur, une céphalalgie plus ou moins intense, un malaise général, quelques troubles digestifs, etc. La fièvre éphémère peut, du reste, revêtir trois formes différentes :

1° La forme inflammatoire, qui se présente surtout chez les individus pléthoriques, disposés aux affections inflammatoires. Ici, le pouls est plus tendu, développé, vibrant ; il y a une turgescence générale, une chaleur plus vive ; la céphalalgie est plus forte, gravative, obtuse ; en un mot, les symptômes se rapprochent de ceux de la fièvre inflammatoire.

2° La forme gastrique, souvent produite par les excès de table, se reconnaît à la prédominance des troubles gastriques : langue large, blanche ; bouche pâteuse, nausées, vomissements, diarrhée, etc.

3° La forme nerveuse, dans laquelle on observe de l'agitation, du délire et autres phénomènes nerveux qui pourraient facilement en imposer et faire craindre un état plus grave. Heureusement, les autres phénomènes, la fièvre en particulier, ne concordent nullement avec cet appareil, au premier abord si effrayant ; après quelques heures de durée, on voit cette agitation tomber, et tout rentre bientôt dans le calme. Le tempérament nerveux favorise le développement de cette forme particulière de la

fièvre éphémère ; les enfants , les femmes, les sujets impressionnables y sont particulièrement prédisposés.

Quelques heures suffisent habituellement à l'évolution de la fièvre éphémère ; quelquefois cependant la maladie peut avoir une plus longue durée ; elle constitue alors l'éphémère prolongée des anciens, qui par ses caractères se rapproche beaucoup de la fièvre inflammatoire.

La fièvre éphémère se termine par lysis ou par crise. Dans le premier cas, les symptômes diminuent peu à peu d'intensité, jusqu'à l'entier rétablissement du sujet ; dans le second, la maladie est brusquement arrêtée dans son cours par l'apparition d'un phénomène nouveau.

On a beaucoup discuté sur les crises, et dans ces derniers temps on a été généralement porté à en nier l'existence. Cette opinion est inadmissible : les crises s'imposent en effet forcément à l'esprit. Quand on voit, après une hémorrhagie, après des sueurs copieuses, des évacuations alvines abondantes, une fièvre ou toute autre maladie se terminer d'une manière aussi prompte que favorable ; quand on voit le même phénomène se renouveler fréquemment, on est bien obligé d'admettre un rapport de causalité et non de simple succession entre ces deux faits. La théorie de l'humeur peccante, que la crise devait éliminer, a certainement fait son temps ; mais le fait a survécu à la théorie, et nous devons l'accepter. La crise n'est pas seulement l'effet du rétablissement de la santé, comme le voulaient les anciens animistes ; elle se montre en effet souvent dans les moments les plus pénibles de la maladie, et est quelquefois constituée par des phénomènes qui ne sont nullement la répétition d'actes physiologiques, des vésicules d'herpès par exemple. La

crise est un effort salutaire de la faculté médicatrice, faculté qu'il faut admettre, sans cependant aller aussi loin que Cayol, M. Chauffard, etc., qui ne veulent voir dans la maladie qu'une réaction toujours salutaire.

Si nous admettons la doctrine des crises, nous ne nous croyons pas pour cela engagé à reconnaître celle des jours critiques. La nature aime certainement à suivre, dans ses actes, une marche aussi régulière que possible ; mais elle ne peut s'astreindre à ces lois fixes et immuables auxquelles on a voulu l'assujétir ; ce n'est pas seulement aux 7^e, 14^e, 21^e jours qu'une maladie se termine, sa solution peut aussi bien avoir lieu dans les jours dits intercalaires. Reconnaissons toutefois que les traitements plus ou moins énergiques auxquels nous soumettons nos malades sont bien faits pour troubler la marche régulière des états morbides ; que ceux-ci, livrés à eux-mêmes, présenteraient peut-être plus d'ordre et d'harmonie. C'est pour nous la seule manière de comprendre comment Hippocrate, qui traitait surtout ses malades par l'expectation, a pu généraliser la théorie des jours critiques.

Dans la fièvre éphémère, les crises varient suivant la forme de la maladie : dans l'éphémère inflammatoire, la crise se fait par des hémorrhagies ; dans l'éphémère gastrique, par des selles ; dans l'éphémère nerveuse, par des sueurs.

Diagnostic. — Au début, le diagnostic peut présenter quelques difficultés. Ce que nous disons de la fièvre éphémère doit s'appliquer, du reste, à toutes les pyrexies. Il est en effet souvent difficile, ainsi que nous le verrons mieux dans la suite de ce travail, de reconnaître une

fièvre à ses premiers symptômes ; aussi le médecin prudent doit-il attendre et se tenir sur une sage réserve, jusqu'à ce que la maladie soit mieux caractérisée. Dans la fièvre éphémère particulièrement, les symptômes peuvent affecter une gravité insolite, bien faite pour déjouer les calculs du praticien le plus expérimenté ; la connaissance du malade et de ses habitudes pathologiques, le mode brusque de l'invasion, et la plupart du temps le peu d'intensité du mouvement fébrile, sont les principaux éléments auxquels on devra avoir recours. L'absence de certains symptômes propres aux différentes espèces pyrétologiques permettra aussi, par exclusion, d'arriver à un diagnostic exact.

Pronostic. — La fièvre éphémère ne présente jamais la moindre gravité, le calme est bien vite rétabli.

Traitement. — La fièvre éphémère ne demande jamais de traitement bien actif : soustraire le malade aux causes qui ont produit la maladie, telle est la première indication à remplir. La diète, le repos, quelques boissons tempérantes, complèteront le traitement de cette fièvre. Quelquefois cependant, il faut avoir recours à des moyens plus actifs, qu'on varie suivant la forme de la maladie : dans l'éphémère inflammatoire, on emploiera les calmants, les tempérants (limonade, sirop de groseille, cataplasmes, etc.), les saignées même locales ne seront que très-rarement utiles ; dans l'éphémère gastrique, un vomitif ou un purgatif, suivant les cas, rendra de grands services ; enfin, dans l'éphémère nerveuse, on aura recours aux calmants du système nerveux (bains, antispasmodiques, opiacés, etc.)

Fièvre inflammatoire.

La fièvre inflammatoire, synoque des anciens, *synochus imputris*, fièvre angéioténique de Pinel, est une fièvre continue qui porte spécialement son action sur le système circulatoire.

Étiologie. — La pléthore, état caractérisé par l'augmentation des globules rouges, et probablement de la masse totale du sang, par l'aspect général du sujet, la coloration rouge de la face et de tout le tégument, la saillie des veines sous-cutanées, la largeur, la plénitude du pouls, la pléthore est, sans contredit, la plus importante de toutes les causes prédisposantes internes. Les sujets jeunes, robustes, sanguins, ceux qui se livrent à des excès de nourriture et qui en même temps ne font qu'un exercice trop modéré, chez lesquels les importations dépassent les exportations, sont particulièrement sujets à la fièvre inflammatoire. Parmi les causes prédisposantes externes, nous devons surtout signaler l'influence d'une température froide et sèche ; aussi les saisons, les climats caractérisés par ces qualités de l'atmosphère, donnent-ils naissance à des constitutions médicales inflammatoires, et plus spécialement à des fièvres inflammatoires ; c'est là ce qui explique la rareté de ces pyrexies dans nos contrées : le froid peut en effet y faire quelques apparitions, mais son action n'y est pas assez continue.

Les causes occasionnelles sont : un écart de régime, un refroidissement brusque, et surtout la suppression

intempestive d'une hémorrhagie habituelle, écoulement menstruel, hémorrhoides, etc.

Symptomatologie. — La fièvre inflammatoire a ordinairement des prodromes dans lesquels on retrouve les signes d'une congestion cérébrale légère; ils sont en effet constitués par une céphalalgie plus ou moins obtuse, de l'assoupissement, une paresse, une lourdeur générale, un besoin continuel de repos; ces phénomènes peuvent persister plus ou moins longtemps, plusieurs jours et même une ou plusieurs semaines.

Le début a généralement lieu le soir, par un frisson court et intense, bientôt suivi d'une vive chaleur, aussi bien accusée par le malade que par le thermomètre; cette chaleur n'a, du reste, rien de pénible, et ne présente pas ce caractère particulier d'âcreté que nous trouverons dans les fièvres bilieuses. Le pouls est non-seulement fréquent, il est surtout fort, tendu, développé, vibrant; dans certaines circonstances au contraire, il est petit, serré, concentré, et dénote alors un état particulier que Barthez a désigné sous le nom d'oppression des forces, et qu'il faut bien distinguer de la résolution. Dans ce dernier cas, le pouls est franchement petit, faible, dépressible; dans le premier au contraire, il est petit, mais concentré, non dépressible, se relève toujours, quelque énergique que soit la pression, cherche pour ainsi dire à se développer, et se relève en effet dès qu'on commence à soustraire du sang au malade.

Les anciens disaient que la saignée avait remis en liberté les forces opprimées par la maladie, et, avec leur tact si délicat, ils savaient parfaitement distinguer l'op-

pression de la résolution. Dans ces derniers temps, on a cherché à donner une explication qui laissât subsister moins de vague sur tous ces faits. Voici en particulier comment M. Jaccoud, à propos de la pneumonie, s'exprime à cet égard : « La lésion de la pneumonie a pour effet constant une gêne plus ou moins grande dans la circulation cardio-pulmonaire. Pour peu que cette gêne soit considérable, il se produit dans les cavités droites du cœur une stase sanguine qui, de proche en proche, gagne les viscères et les extrémités périphériques du système veineux. La difficulté de la déplétion des vaisseaux noirs augmente directement les obstacles que doit surmonter le sang artériel pour traverser le réseau capillaire, et, dans ces conditions mécaniques anormales, la contraction du cœur a beau se faire avec énergie, l'ondée sanguine est faible, le pouls est petit. Enlevez alors du sang, la stase disparaît, votre déplétion artificielle compense pour un temps l'obstacle qui existe sur un point de l'appareil circulatoire ; les rapports convenables se rétablissent entre l'arbre artériel et l'arbre veineux ; l'ondée sanguine n'est peut-être pas plus volumineuse, mais l'impulsion initiale qui la met en mouvement se transmet et se fait sentir avec plus de force dans les vaisseaux artériels ; le pouls devient plus ample et plus fort : en un mot, il se relève. Voilà la raison de ce phénomène singulier ; voilà cette fameuse oppression des forces, dont tout le mystère est dans les modifications mécaniques que la lésion pulmonaire introduit dans le mode circulatoire¹ »

Nous sommes tout disposé à admettre cette explication ;

¹ Jaccoud ; *Leçons de clinique médicale*, pag. 54.

toutefois, nous ferons remarquer qu'elle ne s'applique qu'à un cas spécial : la pneumonie ; mais nous sommes porté à croire que dans les autres circonstances où le même phénomène se rencontre, c'est encore à la gêne de la circulation qu'il faut s'adresser, que cette gêne soit produite par une altération quelconque des organes circulatoires eux-mêmes, ou qu'elle soit due à un état particulier du système nerveux.

Avec les caractères cités plus haut existe une turgescence générale du tégument, caractérisée par la coloration rosée qu'il présente ; la face est même vultueuse, les conjonctives sont injectées. Le malade éprouve une fatigue générale, une céphalalgie gravative, des douleurs contusives dans les membres et dans les lombes ; il craint la lumière, le bruit ; il est tourmenté par une soif généralement très-vive ; la langue est large, blanche, humide ; il y a le plus souvent de la constipation ; les urines sont rares, foncées en couleur ; enfin, la respiration est plus ou moins oppressée suivant l'intensité de la fièvre.

Le sang tiré de la veine se concrète le plus souvent en un caillot dense, renfermant dans son sein, d'après les recherches de MM. Andral et Gavarret, une plus grande proportion de globules.

La marche de la maladie est ordinairement continue, sans exacerbations ; on observe une augmentation progressive pendant les deux premiers jours, puis une période d'état dont la durée peut varier ; enfin, la fièvre et les autres symptômes décroissent insensiblement ; un septénaire à peu près suffit à l'évolution de la maladie. L'affection se juge presque toujours par une crise qui se fait, soit par les sueurs, soit surtout par une hémorrhagie.

Si la fièvre inflammatoire est survenue à la suite de la suppression d'un écoulement habituel, l'hémorrhagie choisira de préférence l'organe qui en était le siège ; aussi, chez la femme, la crise a-t-elle lieu le plus souvent du côté des voies génitales ; chez l'homme elle se fait par les hémorrhoides, chez l'enfant par le nez.

Complications, localisations. — La fièvre inflammatoire est souvent compliquée par d'autres états morbides, la fièvre bilieuse spécialement ; elle constitue alors ce que les anciens appelaient le *causus* ; elle peut à son tour compliquer la fièvre typhoïde. Nous étudierons avec plus de profit ces diverses complications, quand nous connaîtrons les autres pyrexies.

La fièvre inflammatoire peut encore, pendant son cours, se localiser plus particulièrement sur un organe quelconque : c'est ainsi qu'on voit se produire des inflammations diverses, méningo-encéphalites, pneumonies, etc.

Anatomie pathologique. — M. Bouillaud, et avant lui J. Frank, avaient prétendu que la fièvre inflammatoire était la conséquence de l'inflammation ou au moins de l'irritation de la tunique interne des vaisseaux. MM. Grisolle et Requin ont montré la fausseté de cette théorie. Les seules lésions que l'on constate appartiennent aux complications ou aux localisations de la fièvre inflammatoire.

Diagnostic. — La connaissance des causes, la constatation de certains symptômes importants, tels que l'aspect général du malade, les caractères du pouls, etc., permettront toujours de reconnaître une fièvre inflammatoire à sa période d'état. Les maladies avec lesquelles on pourrait

la confondre au début sont les fièvres éruptives, qui se distinguent cependant par certains symptômes spéciaux (lumbago, nausées dans la variole ; bronchite ou du moins catarrhe bronchique, dans la rougeole ; angine, dans la scarlatine), et la fièvre typhoïde, qui présente une stupeur toujours beaucoup plus marquée, du gargouillement dans la fosse iliaque droite, des râles disséminés dans la poitrine, etc. Rappelons toutefois le principe que nous avons déjà posé : le médecin doit user, au début des fièvres, d'une grande circonspection et attendre, pour se prononcer, que la maladie soit mieux dessinée.

Pronostic. — D'une manière générale, on peut dire que la fièvre inflammatoire n'est pas une maladie inquiétante ; peut-on cependant lui refuser toute gravité ? MM. Grisolle, Requin, l'affirment. « Plutôt que d'admettre pour la synoque hypersthénique, dit M. Requin, une terminaison mortelle, qui nous paraît si peu en rapport avec les conditions essentielles, et, pour ainsi parler, avec les façons ordinaires de ce genre de pyrexie-là. pourquoi ne pas supposer plutôt une fièvre typhoïde avec la circonstance exceptionnelle de l'absence de toute altération dans les follicules de Peyer, circonstance rare, mais dont la réalité est à nos yeux un fait indubitable ¹ ? » Nous nous bornons pour le moment à enregistrer cet aveu de l'existence de fièvres typhoïdes sans altération, nous réservant d'en faire notre profit plus tard, quand nous étudierons la fièvre typhoïde ; nous démontrerons alors qu'il peut exister d'autres fièvres graves que la dothiéntérie, et nous

¹ Requin ; *Éléments de pathologie médicale*, tom. IV, pag. 19.

aurons à nous appuyer sur des faits que dès maintenant nous devons nous mettre en mesure de fournir.

Pour nous, en effet, le pronostic de la fièvre inflammatoire, comme celui des fièvres que nous étudierons plus loin, n'est pas toujours aussi rassurant que quelques médecins veulent bien le prétendre. Pinel croit avoir trouvé des exemples nombreux de fièvres inflammatoires graves, dans les livres I et III des *Épidémies* d'Hippocrate ; nous avouons ne pas avoir été aussi heureux. En général, les descriptions laissées par le Père de la médecine sont trop incomplètes pour qu'il soit possible, dans une époque de sévère exactitude comme la nôtre, d'avoir une opinion bien arrêtée à leur sujet. Cependant, l'observation de la jeune vierge de Larisse, dont la maladie fut jugée par des hémorrhagies abondantes du nez et des sueurs copieuses, nous paraît appartenir à la classe des fièvres inflammatoires graves ¹ Pinel parle également d'observations faites par Galien, Forestus, Hoffmann, et cite l'épidémie observée à Mantes, en 1802, par Navière. Les causes, les symptômes, la nature des crises, l'efficacité du traitement employé, tout prouve que cette épidémie était bien, en dépit de sa gravité, une fièvre inflammatoire ; on n'a, pour s'en convaincre, qu'à lire le fait rapporté par Ozanam ². Grant donne la description d'un causus inflammatoire, qu'il distingue avec soin du causus bilieux ³. Ne trouverait-on pas également la preuve de l'existence

¹ Hippocrate, trad. Daremberg, pag. 454.

² Ozanam ; *Histoire médicale générale et particulière des maladies épidémiques*, etc., 2^e édit., tom. II, pag. 8.

³ Grant ; *Recherches sur les fièvres*, etc., trad. par Lefèbre. Montpellier, 1821, tom. I, pag. 122.

de fièvres inflammatoires graves dans la description que Borsieri, s'appuyant sur l'autorité de Quesnay et de Stork, donne de la synoque maligne ¹ ? Quant à nous, nous avons vu souvent l'adynamie se montrer à la fin des pyrexies inflammatoires, quand celles-ci, par leur intensité même, avaient épuisé les forces du malade ; les excès du traitement antiphlogistique ont quelquefois produit les mêmes résultats. Dans ces cas, on observe généralement du délire, des soubresauts des tendons, la sécheresse de la langue, la petitesse et l'irrégularité du pouls, etc., symptômes qui, par conséquent, n'appartiennent pas exclusivement à la fièvre typhoïde.

La fièvre inflammatoire peut encore donner de l'inquiétude par ses localisations sur des organes importants ; mais ici la gravité dépend évidemment de ces localisations, non de l'affection elle-même.

Traitement. — En général, pour traiter une maladie, on cherche un remède qui la combatte directement, on court après un spécifique souvent insaisissable, et on croit n'avoir plus rien à désirer quand on a trouvé un médicament qui ait guéri un certain nombre de fois une seule et même affection morbide. Si la majorité des guérisons l'emporte, le remède doit être constamment employé ; il ne s'agit plus pour le malade que de se trouver dans la bonne série. L'expérience nous a démontré les fâcheux résultats de cette méthode : que de prétendus spécifiques, environnés d'abord de gloire, déchus bientôt après de

¹ Borsieri ; *Instituts de médecine pratique*, trad. par Chauffard, tom. I, pag. 378. Paris, 1856.

leur pouvoir ! On oublie du reste que même les spécifiques dont les propriétés ne peuvent plus être contestées, le quinquina par exemple, n'agissent qu'à la condition d'être débarrassés de toute complication pouvant constituer une contre-indication ; que dans une seule et même maladie les indications varient souvent suivant les conditions de tempérament, de sexe, d'âge, etc. L'indication, l'*insinuation d'agir*, comme l'appelait Galien, est donc la chose importante en thérapeutique ; les moyens de la remplir se trouvent toujours aisément.

Pour bien poser les indications, il faut savoir quelle est la nature d'une maladie, quels sont les divers éléments qui la composent. Dans la fièvre inflammatoire, on constate une exaltation, un accroissement des forces, qui se manifestent par l'augmentation de l'activité du système circulatoire : les antiphlogistiques seront donc indiqués. On emploiera la saignée générale, si la fièvre est vive, l'agitation très-grande ; on aura surtout recours aux saignées locales, dans les cas où la maladie s'est déclarée après la suppression d'une hémorrhagie habituelle : on appliquera alors quelques sangsues sur le point le plus rapproché de l'organe qui était le siège de l'écoulement. Si la fièvre est légère, on n'emploiera que des moyens moins actifs : la diète, quelques boissons rafraîchissantes, émoullientes ; l'application sur les pieds de cataplasmes de farine de lin, qui auront le double effet de calmer l'éréthisme général et de déplacer les mouvements fluxionnaires, toujours prêts à se porter vers la tête ; quelques lavements, pour détruire la constipation, suffiront dans la plupart des cas.

Auteurs à consulter. — La plupart des Traités de pathologie interne, l'ouvrage de M. Quissac sur les *Éléments morbides* (élément inflammatoire).

Fièvre bilieuse.

La fièvre bilieuse, synoque bilieuse, fièvre méningo-gastrique de Pinel, est une fièvre qui porte spécialement son action sur le système hépatique. Nous ne voulons pas, par cette définition, prétendre que la fièvre bilieuse ne soit que le résultat d'une lésion matérielle : des causes générales ont agi sur le sujet et ont évidemment produit une impression également générale; mais on ne peut nier que la bile ne soit produite en plus grande abondance, qu'il n'y ait, par conséquent, une suraction de l'organe chargé de la sécréter.

La fièvre bilieuse doit être distinguée de l'embarras gastrique ; plusieurs médecins confondent ces deux états morbides, et appellent indistinctement la maladie que nous allons décrire : fièvre bilieuse ou fièvre gastrique. L'embarras gastrique est constitué par la présence de saburres dans les premières voies, saburres qui peuvent reconnaître diverses origines : perversion primitive ou secondaire du suc gastrique, excès de nourriture, etc. Il peut s'accompagner de fièvre, mais souvent aussi il est apyrétique ; il se montre isolément ou il complique d'autres maladies, particulièrement les affections catarrhales. Dans la fièvre bilieuse, il existe bien aussi un embarras gastrique ; la bile reflue, en effet, dans la cavité stomacale et, se mêlant aux résidus qui y sont déjà contenus, donne lieu à l'embarras gastrique bilieux ; mais ce n'est là qu'un élément

de la fièvre bilieuse, qui ne doit pas faire oublier la modification générale ressentie par le système vivant.

M. Grisolle¹ se refuse à admettre l'existence, à Paris, de la fièvre bilieuse ; cependant M. Monneret a décrit sous le nom de fièvre gastrique bilieuse une maladie identique à la pyrexie que nous étudions² Nous laissons à ces deux maîtres de la science le soin de vider leur débat, mais nous affirmons qu'à Montpellier l'état morbide en question est très-commun, surtout en été ; que pendant plusieurs mois de l'année les maladies bilieuses caractérisent la constitution médicale de nos climats.

Le domaine de la fièvre bilieuse a été plus ou moins étendu par les divers auteurs ; c'est ainsi que M. Monneret range sous cette même signification quatre espèces différentes : 1° la fièvre bilieuse rémittente nostras ; 2° la fièvre bilieuse rémittente des pays chauds ; 3° la fièvre bilieuse jaune, endémique et contagieuse (fièvre jaune) ; 4° l'ictère hémorrhagique grave³. Nous nous expliquerons tout à l'heure sur la nature des trois premières de ces affections ; quant à la quatrième, elle constitue un état bien distinct, qui doit être rangé à côté des maladies proprement dites du foie. La fièvre récurrente, la typhoïde bilieuse, ont aussi été considérées comme appartenant au même groupe ; nous nous occuperons également de tous ces points.

Étiologie. — Au premier rang, nous devons mettre le

¹ Grisolle ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 59.

² Monneret ; *Traité élémentaire de pathologie interne*, tom. III, pag. 253.

³ Monneret ; *loc. cit.*, tom. III, pag. 258.

tempérament bilieux et l'âge adulte, les chaleurs sèches et continues, d'où le nom de fièvre des moissons, que les Anglais ont donné à cette pyrexie. Les chirurgiens de marine, et M. Grisolles avec eux, prétendent que ce n'est que pendant les chaleurs humides que la maladie se déclare; cette opinion peut être vraie pour la fièvre endémique des pays chauds, mais n'est point exacte pour la fièvre bilieuse simple de nos climats. Une nourriture exclusivement composée d'aliments tirés du règne animal doit être encore citée parmi les causes prédisposantes; c'est ainsi que Tissot, étudiant les causes de la fièvre de Lausanne, qu'il a si bien décrite, après avoir constaté que tous les fruits avaient péri à la suite de froids intempestifs, montre l'influence du régime de ses malades dans le développement de l'épidémie ¹ Une vie sédentaire, les contentions intellectuelles, les passions tristes et prolongées, prédisposent aussi à la fièvre bilieuse.

Un écart de régime, une émotion, un refroidissement, un travail forcé, peuvent dans ces conditions faire éclater la maladie.

Symptomatologie. — La fièvre bilieuse est précédée par des prodromes qui dénotent un état de surcharge des voies gastriques : la bouche est amère, pâteuse; la langue jaunâtre; le malade a de l'inappétence, des nausées, plus particulièrement du dégoût pour la viande et les boissons chaudes; il est abattu, tourmenté par une céphalalgie plus ou moins violente, des vertiges, de l'insomnie, etc.

Après quelques jours, la maladie se déclare, habituel-

¹ Tissot; *Historia febris epidemicæ biliosæ Lausennensis*, anni 1755.

lement dans l'après-midi ; la scène s'ouvre par un frisson léger, ou plutôt par une horripilation que le malade compare, suivant Grimaud, à la sensation que lui feraient éprouver de petites pointes enfoncées dans les chairs. Une chaleur âcre et brûlante lui succède ; le pouls est plus ou moins fréquent, quelquefois plein et élevé ; ces derniers caractères sont toutefois encore très-éloignés de ceux du pouls inflammatoire ; dans des cas plus sérieux, il peut même être inégal, intermittent. En même temps, les symptômes que nous avons notés pendant la période prodromique s'exaspèrent ; la langue est jaunâtre, quelquefois rouge sur les bords et à la pointe ; elle tend à se sécher et à se fendiller ; les nausées ont fait place à des vomissements composés de matières bilieuses¹ ; il y a quelquefois de la constipation, plus souvent de la diarrhée. La face présente un aspect particulier ; sur un fond ictérique plus marqué dans le sillon labio-nasal, se détache la coloration violacée des pommettes. L'ictère est quelquefois plus marqué, il envahit alors les sclérotiques et même toute la surface du corps ; il est dû au passage des matériaux de la bile dans le sang ; les cholates, les choléates de soude n'existent pas en effet primitivement, c'est le foie qui est chargé de les sécréter ; ils sont ensuite absorbés par les lymphatiques de la glande hépatique, suivant Tiedemann et la plupart des physiologistes ; peut-

¹ M. Beau a assigné au passage de la bile dans l'estomac trois causes différentes : un mouvement antipéristaltique du duodénum, la contraction violente des muscles abdominaux qui fait refluer la bile dans tous les couloirs qui lui sont ouverts, et la position horizontale, par suite de laquelle le pylore se trouve dans une position déclive par rapport au duodénum :

(*Gazette des hôpitaux*, 25 juillet 1862.)

être aussi, suivant Bérard, l'absorption se ferait-elle dans l'intestin, les matériaux de la bile ne pouvant se combiner avec le chyme. Dans tous les cas, il est bien évident qu'une hypersécrétion est nécessaire, puisque, les couloirs restant ouverts, l'ictère ne peut s'expliquer par la rétention de la bile. Ce qui est encore certain, c'est que la fièvre n'est pas le résultat de cette absorption, puisque tous les jours on constate des ictères soit apyrétiques, soit même existant avec une rareté remarquable du pouls, que nous avons vu descendre jusqu'à trente-six pulsations.

Parmi les autres symptômes de la fièvre bilieuse, signalons encore une céphalalgie sus-orbitaire, des urines jaunes précipitant en bleu, vert ou violet par l'acide nitrique, preuve manifeste de la présence de la bile ; la tension de l'épigastre et de l'hypochondre droit, qui sont en même temps douloureux (hyperémie hépatique) ; citons enfin, mais en y attachant une bien moins grande valeur, des épistaxis, le tremblement de la lèvre inférieure, des éruptions diverses, urticaire, érysipèle et pétéchies dans des cas plus graves. M. Monneret a décrit comme éruption caractéristique de la fièvre bilieuse des taches bleues ardoisées ; nous avons vu ce symptôme faire trop souvent défaut, pour que nous puissions le considérer comme un signe de la fièvre bilieuse.

La marche de la fièvre bilieuse est ordinairement rémittente ; il y a, en effet, toutes les après-midi, des exacerbations assez violentes.

La terminaison se fait par lysis ou par crise ; dans ce dernier cas, c'est toujours par les selles que la maladie se juge. La fièvre bilieuse bénigne dure sept ou huit jours environ.

La convalescence est généralement assez pénible, à cause de l'état de torpeur dans lequel restent plus ou moins longtemps les voies digestives; aussi quelques jours après la fin de la maladie le sujet a-t-il encore de l'inappétence, une certaine paresse dans les digestions, une fatigue générale, etc.

Nous avons, dans la description qui précède, fait déjà entrevoir la possibilité, pour la fièvre bilieuse, de se présenter dans certaines circonstances avec des symptômes indiquant un certain degré de gravité; l'intermittence, l'inégalité du pouls, le tremblement de la lèvre inférieure, les pétéchies, etc., sont, en effet, les signes caractéristiques d'un état ataxo-adyamique qui peut se montrer à la fin de cette pyrexie, et qui se manifeste aussi par le délire, les soubresauts des tendons, la sécheresse de la langue, etc. La fièvre qui régna à Lausanne en 1754, et qui a été décrite par Tissot ¹, est pour nous un exemple de fièvre bilieuse grave. C'est à tort, en effet, qu'on a rangé cette épidémie parmi les faits de fièvre typhoïde observés par les anciens; ses causes sont celles qui prédisposent aux maladies bilieuses: chaleurs intempestives de l'été, dont l'effet ne peut être détruit par les froids trop courts de l'hiver; abus des aliments tirés du règne animal. Les symptômes du premier et du deuxième degré sont encore ceux de la fièvre bilieuse; quant aux phénomènes du troisième degré, ils nous présentent tous les caractères de l'adynamie la plus profonde. Nous devons donc reconnaître que la fièvre de Tissot, de nature bilieuse, a amené à sa suite un élément ataxo-adyamique quand,

¹ Tissot; *loc cit.*

ainsi que le prétend son excellent observateur, elle a été mal traitée, ou peut-être aussi quand l'impression qu'elle portait sur les forces de la vie a été trop profonde. Nous trouverions encore des faits à l'appui de notre opinion dans Sennert¹, Bianchi², Finke³, Pringle⁴, etc. Ce sont ces faits qui ont permis à quelques auteurs d'admettre que la fièvre bilieuse pouvait se transformer en typhoïde.

Complications. — La fièvre inflammatoire peut compliquer la fièvre bilieuse; la réunion de ces deux éléments constitue le *causus*, fièvre ardente des modernes; le *causus* (de *καίω*, je brûle) est surtout caractérisé par une chaleur brûlante, une soif ardente, un malaise inexplicable, la plénitude, le développement, la dureté du pouls; les autres symptômes sont ceux de la fièvre bilieuse.

L'élément rémittent coexiste aussi fréquemment avec la fièvre bilieuse, et constitue ainsi la première variété admise par M. Monneret; cette complication, assez commune dans nos contrées, sur tout le parcours du littoral méditerranéen, l'est encore plus dans les colonies, où elle a été parfaitement observée par les chirurgiens de la marine. Chez nous, elle est caractérisée par la présence d'une exacerbation plus marquée, plus grave que celle de la fièvre bilieuse simple; le paroxysme s'annonce, en outre, toujours par un phénomène nouveau, qui rappelle

¹ Sennert a décrit le *morbis Hungaricus* (1566), qui nous paraît se rattacher aux maladies bilieuses.

² Bianchi; *Historia hepatica*.

³ Finke; *Épidémie du Tecklembourg*, 1779.

⁴ Pringle; *Maladies des armées*, tom. I, chap. iv.

la concentration du premier stade de la fièvre intermittente ; ce sera le frisson lui-même ou simplement un refroidissement, la décoloration des téguments, ou même de la toux, des vomissements ; l'exacerbation de la fièvre bilieuse n'est au contraire constituée, dans la plupart des cas, que par l'accroissement des symptômes déjà existants. Ce signe, uni à la connaissance des causes qui ont pu amener la complication rémittente, suffira presque toujours pour établir le diagnostic différentiel des deux genres d'exacerbations.

Anatomie pathologique. — La fièvre bilieuse n'a aucune lésion qui lui soit propre ; la congestion du foie, que quelques auteurs ont voulu regarder comme la cause de la fièvre bilieuse, n'en est au contraire que le produit ; elle s'explique en effet très-bien par l'exagération de la fonction de la glande hépatique.

Diagnostic. — Les caractères de la fièvre bilieuse sont assez nettement tranchés pour qu'il soit facile de la reconnaître, même au début ; la fièvre typhoïde avec complication d'état bilieux pourrait seule être confondue avec elle. Nous verrons plus loin quels sont les traits qui distinguent ces deux affections.

Pronostic. — Le pronostic ressort naturellement de la description que nous avons donnée de la fièvre bilieuse. Peu sérieuse habituellement, cette pyrexie peut dans quelques circonstances affecter une gravité plus grande ; c'est ce que l'on doit craindre dès qu'apparaissent les premiers symptômes de la complication ataxo-adynamique.

Traitement. — Quatre indications principales nous paraissent ressortir de l'étude que nous avons faite de la fièvre bilieuse :

1° Évacuer les matériaux nuisibles renfermés dans le tube gastro-intestinal ;

2° Calmer la réaction locale et générale ;

3° Dans la période de convalescence, rendre aux organes digestifs le ton qu'ils ont perdu pendant la maladie ;

4° Si quelque-une des complications inflammatoire, rémittente ou ataxo-adyynamique apparaît, la combattre énergiquement.

1° La première indication sera remplie par les vomitifs et les purgatifs. D'une manière générale, on doit préférer les vomitifs au début d'une maladie : ils favorisent l'expansion, portent les mouvements à la peau, détruisent ainsi la concentration qui existe au commencement de toute affection morbide ; dans l'espèce, nous recommanderons l'ipécacuanha, dont l'action tonique, spécialement sur la muqueuse de l'estomac, nous paraît prouvée par les faits cliniques. A la fin de la maladie, les purgatifs devront au contraire être employés : on a conseillé plus particulièrement, pour les fièvres bilieuses, un mélange de jalap et de calomel.

2° L'irritation locale produite par la présence dans l'estomac de matériaux étrangers et nuisibles, irritation que Broussais prenait même pour une gastrite, et la fièvre avec ses caractères particuliers, avec sa chaleur brûlante, preuve manifeste de la part que prend le système circulatoire à l'impression générale du système vivant, constituent deux indications différentes, qui réclament du reste

l'emploi des mêmes moyens : diète, boissons tempérantes, acidules ; limonade, sirop de groseille ; application de cataplasmes émollients sur le ventre, etc.

3° L'atonie des organes digestifs pendant la convalescence sera combattue par les amers, les infusions de petite centaurée, de chicorée; les vins de gentiane, de quinquina; la décoction de quinquina, etc.

4° S'il existe une complication inflammatoire qui augmente encore et rende plus pénible la chaleur, on devra avoir recours aux bains recommandés par Tissot, aux affusions froides pratiquées avec une éponge qu'on promène sur toute la surface du corps; dans des cas plus graves, on peut même pratiquer une légère saignée, mais on ne devra que très-sobrement user de ce moyen. La complication rémittente trouve son remède spécifique dans le sulfate de quinine, auquel nous recommandons d'associer la résine ou extrait alcoolique de quinquina, préparation fréquemment employée à Montpellier, où elle obtient les plus grands succès. Les doses pour le sulfate de quinine sont de 60 centigrammes à 1 gramme, et pour la résine, de 4 à 6 grammes. Contre la complication ataxo-adyamique qui apparaît quelquefois à la fin de la maladie, on emploiera les toniques, un régime corroborant, les préparations de quinquina; la résine sans sulfate de quinine peut encore ici rendre de grands services; on doit enfin avoir recours aux antispasmodiques, camphre, teinture de musc, eaux distillées de fleur d'orange, de mélisse, etc.

Nature. — « La fièvre bilieuse, dit M. Monneret¹, est

¹ Monneret; *loc. cit.*, pag. 16.

une fièvre essentielle, une maladie générale.» N'adoptons pleinement cette opinion : la congestion hépatique ne saurait en effet donner une raison suffisante de la maladie ; quand elle existe, elle s'explique naturellement par l'exagération de la fonction de l'organe. L'altération du sang, nous l'avons vu, n'est que secondaire ; nous devons donc admettre quelque chose encore de plus général : le système entier de l'individu est évidemment atteint ; la maladie est donc essentielle, générale.

Auteurs à consulter. — Tissot ; *Épidémie de Lausanne*. — Stoll ; *Médecine pratique*. — J. Frank ; *Traité de pathologie interne*. — Requin ; *Éléments de pathologie médicale*. — Quissac ; *Doctrines des éléments morbides*. Dutroulau ; *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*.

Fièvre rémittente bilieuse des pays chauds.

Nous venons de décrire la fièvre bilieuse telle que nous l'observons dans nos contrées ; mais il est bien évident que les différents aspects sous lesquels nous venons de la faire connaître ne sont pas les seuls qu'elle peut revêtir. La fièvre rémittente bilieuse des pays chauds, la fièvre récurrente, la typhoïde bilieuse de Griesinger, etc. ne sont en effet pour nous que des formes particulières de la même fièvre, ou plutôt des espèces particulières du même genre, provenant de l'association de l'élément bilieux avec d'autres éléments morbides.

La rémittente bilieuse s'observe surtout dans les régions tropicales. L'action des chaleurs de ces contrées ne suffi-

pas cependant à la produire ; il faut de plus l'influence d'un sol marécageux. La rémittente bilieuse a été particulièrement observée par les médecins de la marine ; M. Dutroulau, dans son grand ouvrage sur les *Maladies des Européens dans les pays chauds*, en a présenté l'étude la plus complète que nous possédions.

Les diverses dénominations imposées à cette fièvre (rémittente bilieuse, bilieuse grave, bilieuse hématurique, ictéro-hémorrhagique, pernicieuse ictérique, accès jaune) témoignent de la diversité d'opinions que les médecins qui l'ont étudiée se sont faites de sa nature ; cette diversité d'opinions tient, il faut le dire, non seulement aux idées plus ou moins préconçues de chaque observateur, mais aussi à la variété des manifestations de cette fièvre. « Comprenez-vous, dit M. Jacquot, qu'une affection, toujours identique de nature, se montre quelquefois continue avec les exacerbations vespériennes banales, et quelquefois soit précédée, accompagnée, suivie d'accès très-nets, cède tantôt au sulfate de quinine, lui résiste dans d'autres cas, ou encore se simplifie sous son influence sans disparaître ; qu'elle puisse entraîner après elle la cachexie palustre ou ne pas avoir ce cortège ; que certaines de ses formes n'attaquent guère que les nouveaux-venus, tandis que d'autres n'épargnent ni les indigènes, ni les acclimatés ; que, évitant les phénomènes du cibus, de la fièvre ardente, rapide dans ses allures, chargée de graves accidents du côté de l'encéphale, du foie, du tube digestif, elle se montre particulièrement dans la saison sèche, alors qu'il ne règne pas de fièvres intermittentes, et que, sous la forme adynamique et avec le type rémittent ou intermittent, elle se mêle aux fièvres périodiques de la saison

pluvieuse, etc. ' ? » Ces variétés, parfaitement réelles, ne peuvent s'expliquer, croyons-nous, par la prédominance de l'un ou l'autre des deux éléments dont nous allons voir constituer la rémittente bilieuse : l'élément bilieux et l'élément paludéen rémittent. Maintenant, n'est-il pas possible que, sous la même dénomination, les médecins de la France aient aussi décrit des fièvres de nature différente, et que, par le seul caractère commun de la biliosité? La chose ne nous paraît pas impossible. Quoi qu'il en soit, quels sont les caractères assignés par les observateurs à cette fièvre.

« Quand on examine attentivement, dit M. Dutroulau, les particularités de phénoménisation symptomatique de la fièvre bilieuse grave suivant le climat, on observe, on est conduit à lui reconnaître deux formes assez tranchées : l'une où les caractères de la pyrexie et ceux de la maladie bilieuse sont le mieux accentués, et où semblent le moins s'influencer les uns les autres ; l'autre où l'intensité et la concentration des phénomènes paludéens exercent jusqu'à un certain point la nature de la fièvre, et gênent plus ou moins l'explosion extérieure des symptômes bilieux. »

Quelle que soit du reste la forme que revêtira la fièvre, il y a toujours, avant l'invasion, un ou plusieurs accès de fièvre paludéenne simple, dit M. Dutroulau ; mais ces accès sont-ils réellement l'expression de l'affection

¹ Jacquot ; *Étude nouvelle de l'endémo-épidémie annuelle de la fièvre chaulde*, basée sur la coexistence de fièvres palustres climatiques mixtes. *Annales d'hygiène*, 2^{me} série, tom. IX, pag. 5. 1858.

² Dutroulau ; *Traité des maladies des Européens dans les pays tropicaux*, pag. 258. Paris, 1861.

déenne, ou bien ne seraient-ils que la manifestation de la périodicité des maladies bilieuses ? La chose nous paraît peut-être difficile à affirmer ; ce qu'il y a de certain, c'est que le sulfate de quinine reste impuissant contre ces premières manifestations, chose qui ne lui est pas habituelle quand il s'agit de véritables états marématiques.

La maladie, une fois déclarée, se présente, soit avec le type intermittent ou rémittent, soit avec le type continu, et dans ces deux cas la succession et la physionomie de ses symptômes diffèrent. Nous ne saurions mieux faire que d'emprunter à l'ouvrage de M. Dutroulau la description de ces différentes formes.

« Dans le premier cas, qui indique toujours une moindre gravité, au début du moins, et qui s'observe plus souvent à Madagascar, mais se rencontre aussi dans les autres climats, elle est quelquefois précédée de prodromes pendant lesquels l'ictère commence déjà à se manifester ; puis vient le stade de frisson, qui ne diffère en rien du frisson ordinaire de la fièvre, et pendant lequel se montrent, avec leurs caractères propres, les symptômes dont l'ensemble constitue l'état bilieux.

» L'ictère, qui est le premier de ces symptômes, ne tarde pas à se généraliser, et prend promptement une teinte foncée, qualifiée, suivant les observateurs, de jaune d'ocre, de jaune orange, de jaune safrané, de jaune à reflets rouges ; il persiste pendant les trois stades et continue après l'accès ; plus son explosion est franche et prononcée, plus le pronostic est favorable, d'après M. Lebeau.

» Le vomissement est aussi un des premiers symptômes de l'accès et ne manque pas plus que l'ictère ; il se fait ordinairement sans effort et se répète à des intervalles

rapprochés quelquefois de trois minutes seulement composé d'un liquide jaune au début, quand il est abondant, mais le plus souvent vert dès le premier ; semblable à une solution d'arséniate de cuivre, et d'une abondance qui peut s'élever à deux litres par vomissement.

» Les selles, moins précoces et moins constantes vomissement, sont pourtant la règle dès ce stade, et présentent les mêmes caractères de couleur et de quantité que lui.

» Les urines enfin sont signalées par les divers auteurs comme ayant une couleur caractéristique qui diffère de celle des urines ictériques ordinaires qu'on observe assez souvent dans d'autres maladies des mêmes climats. On les compare au vin de Madère, au vin de Malaga, à l'encre ou à l'infusion de café ; on y signale enfin de petites portions variables, quelquefois très-considérables de sang. C'est surtout dans les climats où s'observe la fièvre jaune épidémique, c'est-à-dire la fièvre hémorrhagique par excellence, que ce caractère est le plus prononcé ; c'est là aussi qu'il a valu à la maladie le nom de *hématurique*.

» La présence de l'albumine, qui s'explique par ce sang, ne doit pas être prise ici comme un signe certain de la nature paludéenne, ni comme un signe d'identité de nature avec la fièvre jaune.

» Des sudamina, quelquefois de véritables bulles, paraissent à la peau pendant le cours de quelques fièvres bilieuses ; les démangeaisons, communes dans l'ictère ordinaire, ne sont pas observées.

» A ces symptômes s'en ajoutent d'autres qui se

chent plus ou moins directement à l'état bilieux. Le malade est inquiet, agité, gardant de préférence le décubitus dorsal, les jambes écartées, mais changeant fréquemment de position, et n'en trouvant pas une qui lui convienne. Les traits n'expriment pas la souffrance, mais le faciès est presque cadavéreux, malgré la date récente et souvent le peu de gravité des symptômes. La respiration est saccadée, entrecoupée, profonde et suspicieuse. A part des lassitudes dans les membres, les douleurs sont peu prononcées et les symptômes de gastricité sont à peine marqués dans ce premier stade, qui ne se prolonge pas au-delà de trois ou quatre heures.

» Le stade de chaleur apparaît bientôt, et des symptômes de fièvre ordinairement intenses viennent s'ajouter aux précédents. La tête est douloureuse, quelquefois à un degré extrême; des douleurs aux lombes et aux membres se prononcent, la peau acquiert une grande chaleur et reste sèche; le pouls est dur, fréquent, battant de 90 à 120 pulsations. Tous les symptômes de l'état bilieux s'exaspèrent, bien que les excréments, au lieu d'augmenter, diminuent au contraire de quantité; mais elles deviennent plus douloureuses, et les matières se colorent davantage. La soif se fait sentir plus vivement; la langue, d'abord blanche, se colore par la bile et devient plus sèche; l'anxiété épigastrique augmente, et les hypochondres, qui ne donnaient qu'une sensation de tension, deviennent plus sensibles, des douleurs vives peuvent s'y manifester au niveau du foie ou de la rate.

» Ce stade est ordinairement assez long; il peut durer douze, quinze et vingt heures; puis la peau s'humecte et se couvre bientôt d'une transpiration abondante, tous

les symptômes de la fièvre tombent, les vomissements et les selles s'arrêtent, les urines deviennent limpides, et l'ictère seul persiste.

» C'est là l'accès jaune le plus ordinaire, qui présente rarement des troubles de l'intelligence, et qui est suivi habituellement d'un second accès semblable, mais rarement d'un troisième, après une apyrexie complète et courte, et plus souvent après de la rémittence seulement, quand le premier accès a été intense.

» La guérison est la terminaison très-fréquente de cette forme; mais il y a des cas plus graves où l'apyrexie, après le premier accès, n'est jamais complète. La peau redevient promptement sèche et brûlante, la prostration et l'agitation sont très-grandes; les excrétions sont moins abondantes et changent de nature, elles sont bientôt remplacées par le coma qui alterne avec le délire; et, bien que la guérison puisse encore avoir lieu après une durée de trente-six à quarante-huit heures de ces accidents, plus fréquemment cependant on les voit persister et s'aggraver encore, surtout ceux du cerveau. La langue se sèche et devient noire, les efforts de vomissement peuvent devenir incessants et s'accompagner d'une anxiété extrême et de hoquet; le pouls devient plus petit et plus fréquent, la peau froide et gluante, et le malade succombe du cinquième au septième jour.

» Dans la forme continue, plus particulière aux Antilles, et qui a reçu à la Pointe-à-Pitre le nom de *bilieuse hématurique*, j'ai déjà dit la différence que présentent les symptômes dans leur ordre de succession et dans leur physiologie. C'est par une période de fièvre inflammatoire, s'accompagnant d'ictère, que débute la maladie; puis sur-

viennent les phénomènes de l'état bilieux, complets, mais moins accentués sous le rapport de la suffusion bilieuse, de la nature et de l'abondance des excrétions. La bile semble concentrer son action sur le sang et déterminer des accidents plus graves d'hémorrhagie et d'ataxo-ady-namie ; on dirait d'un empoisonnement qui, au lieu de se terminer par l'élimination du poison, comme dans la forme intermittente, se manifeste par une action concentrique du principe de l'intoxication. »

Tel est le tableau fait par M. Dutroulau de la maladie; nous n'avons rien voulu y retrancher, encore moins y ajouter, de manière à lui conserver sa fidélité la plus parfaite. Dans l'impossibilité où nous sommes de corriger les descriptions des médecins de la marine par une observation personnelle, nous n'avons qu'un devoir à remplir, celui de nous demander la place que doit occuper dans le cadre nosologique la rémittente bilieuse des pays chauds.

Tout d'abord, nous ne dissimulerons pas notre étonnement de voir une seule et même entité revêtir des aspects essentiellement différents; les nombreux travaux que nous avons lus sur la matière nous font craindre que sous cette prétendue identité ne se cachent des maladies parfaitement distinctes, ce qui expliquerait les nombreuses dénominations données à cette pyrexie par ses observateurs, et les effets variables d'un même traitement. Dans quelques cas, l'élément bilieux pourrait bien exister seul ou compliqué d'ataxo-ady-namie; dans d'autres au contraire il serait plus ou moins lié à l'affection palustre. C'est dans cette dernière association, association intime et profonde, que nous paraît consister la véritable rémit-

tente bilieuse. C'est du reste aussi l'opinion de M. Dutroulau; toutefois nous n'irions pas peut-être aussi loin que lui, et nous ne rangerions pas la rémittente bilieuse dans le groupe des maladies paludéennes.

Anatomie pathologique. — Les altérations cadavériques portent principalement sur le foie et la rate; le cerveau peut bien présenter quelques lésions, mais elles ne sont pas constantes; le poumon reste toujours indemne; dans l'estomac on trouve quelquefois un léger ramollissement de la muqueuse; dans l'intestin il n'y a aucun désordre; la rate au contraire est toujours augmentée de volume et présente un état de ramollissement brun ou noir; quant au foie, il est toujours altéré dans sa couleur, son volume et sa consistance. « Ce n'est pas la couleur bronzée, dit M. Dutroulau, que Stewardson regarde comme caractéristique de la fièvre rémittente; c'est une teinte jaune, ou brune à reflets jaunes, avec engorgement de bile ou de sang à reflets bilieux; ce n'est pas par conséquent la couleur anémique, l'hypertrophie partielle, la consistance plus grande que l'on trouve dans la fièvre jaune. Pourtant, dans la fièvre bilieuse du Caire, Griesinger a constaté, par l'examen microscopique, la présence d'une grande quantité de graisse à l'état libre ou dans les vésicules, coïncidant avec l'imbibition bilieuse et la flaccidité du foie; et l'on sait que les observations faites dans ces derniers temps ont montré que c'est la dégénérescence graisseuse qui est le caractère histologique des lésions du foie dans la fièvre jaune. La vésicule et les conduits biliaires sont remplis de bile verte, épaisse, au dire de tous; leur muqueuse est enflammée, d'après M. Lebeau;

mais ce caractère, très-important aussi, a été négligé par la plupart des observateurs. Le caractère bilieux le plus constant, c'est la teinte ictérique de l'enveloppe cutanée et de tous les tissus blancs, la suffusion bilieuse de tous les solides et de tous les liquides ¹ »

Quant aux reins, on ne leur connaît encore aucune lésion précise et constante.

Traitement. — Les indications thérapeutiques découlent de l'idée que nous nous sommes faite de la maladie. Deux éléments principaux, bilieux et rémittent, la constituent ; c'est donc contre cette double qualité de la fièvre que l'on dirigera le traitement. A l'état bilieux on opposera les évacuants ; contre l'élément rémittent on emploiera les préparations de quinquina et particulièrement le sulfate de quinine. Comme évacuants, l'ipéca d'abord, le calomel ensuite, sont particulièrement recommandés. Quant au sulfate de quinine, on peut le porter à la dose de deux grammes entre deux accès ; mais il ne faut pas uniquement compter sur ce remède pour amener la guérison. M. Lherminier a, en effet, remarqué qu'à l'époque où l'on bourrait littéralement les malades de sulfate de quinine, ils ne s'en trouvaient pas mieux, et que les fièvres qui résistaient à cette médication cèdent aujourd'hui aux purgatifs. N'est-ce pas là une nouvelle raison de ne pas considérer la rémittente bilieuse comme une fièvre essentiellement marématique ?

¹ Dutroulau ; *loc. cit.*, pag. 57.

Fièvre typhoïde bilieuse.

Griesinger a observé au Caire une fièvre qu'il a décrite sous le nom de typhoïde bilieuse, et dont voici les principaux caractères ¹ :

Cette fièvre a toujours été observée jusqu'à ce jour sous forme épidémique ; elle règne tantôt seule, tantôt en même temps que d'autres formes de typhus, que la fièvre rémittente, que l'intermittente. Elle a été observée dans les pays du Nord et du Sud ; en Égypte, elle règne d'une manière temporaire, fréquemment surtout en hiver et au printemps, mais toujours dans un cercle limité. Elle frappe tous les âges ; Griesinger l'a particulièrement observée dans la seconde enfance et dans l'adolescence. L'humidité, la malpropreté, l'encombrement, ne sont pas sans influence sur le développement de la maladie ; la contagion paraît probable. La typhoïde bilieuse, dit Griesinger, n'est point une maladie des marais, elle est une affection *sui generis*.

La maladie débute avec de la céphalée, du vertige, de l'épuisement, et, paraît-il, avec un peu de frisson ; bientôt ce sont des douleurs procédant par élancements qui occupent les membres, surtout les muscles et les articulations des membres inférieurs ; elles atteignent parfois une intensité considérable. Un état fébrile continu se développe alors, le pouls est plein, fréquent, rapide ; il y a de l'agitation, des phénomènes gastriques, des

¹ Griesinger ; *Traité des maladies infectieuses*, traduit par le Dr Lamothe, pag. 353. Paris, 1868.

enduits saburraux couvrent la langue ; puis ce sont des vomissements aqueux ou bilieux répétés ; la région de l'estomac est un peu sensible. Beaucoup de malades présentent un épuisement et un état d'apathie extrêmes. La fièvre augmente peu à peu dans les premiers jours, puis rapidement et considérablement dans la majorité des cas ; aussi le tableau morbide change-t-il tout à fait dans le cours d'un jour. La chaleur atteint alors un degré inaccoutumé, la peau est sèche, quelquefois rouge, turgescente et couverte de sueurs ; la céphalée est violente, les yeux sont injectés, le vertige est très-marqué ; il y a des bourdonnements d'oreilles, une obnubilation vaporeuse du sensorium et une grande faiblesse musculaire ; la langue se sèche et se fendille ; les vomissements sont bilieux, la sensibilité de la partie supérieure du ventre augmente, de la diarrhée s'établit et les selles prennent parfois un caractère presque dysentérique. Une exploration plus complète permet alors de reconnaître des localisations multiples de rapide formation ; on observera de la bronchite, souvent de la pharyngite, mais toujours, et sans exception, une augmentation rapide du volume de la rate ; elle est quelquefois reconnaissable au début à un léger degré, mais le plus souvent elle commence seulement alors ; bientôt l'organe dépasse le rebord des côtes de la largeur de la main ; l'hypochondre gauche est douloureux ; dans beaucoup de cas, le foie présente en même temps une faible augmentation de volume, s'accompagnant aussi d'une vive sensibilité à l'hypochondre droit. Très-souvent, mais non constamment, l'ictère se développe en même temps que ces symptômes ; c'est ordinairement vers le quatrième ou le sixième jour après le début de la maladie qu'il ap-

paraît. En même temps, la faiblesse, l'apathie deviennent plus considérables ; la chaleur de la peau, mais sans turgescence, la sécheresse de la langue, continuent ; le pouls perd sa fréquence, mais reste plein ; la tuméfaction de la rate augmente d'une manière évidente pendant plusieurs jours.

Beaucoup de malades meurent dans cet état, le plus souvent au milieu d'un collapsus subit et inattendu ; chez d'autres, l'on voit survenir une amélioration rapide et générale avec ou sans sudation ; ils restent ainsi pendant plusieurs jours dans une convalescence apparente, mais tout d'un coup une récurrence se développe, les anciens symptômes se reproduisent et augmentent alors très-rapidement jusqu'à une terminaison fatale. Quelquefois on voit se développer un ensemble de symptômes typhoïdes tels que prostration, stupeur, état demi-comateux, délire calme ou bruyant, sécheresse et racornissement de la langue, selles liquides et involontaires. Le pouls est maintenant en général rare, exceptionnellement fréquent et petit ; la coloration ictérique est plus intense ; l'abdomen et surtout les hypochondres sont sensibles ; les selles liquides renferment une bile foncée, souvent elles sont manifestement dysentériques, rarement elles contiennent du sang coagulé ; le vomissement continue souvent ; de l'enrouement, de la dysphagie avec exsudation croupale sur la muqueuse du pharynx, de la bronchite, de la pneumonie lobaire étendue, de la péricardite parfois, se développent ; des pétéchies et des miliaires paraissent sur la peau. Le soir, la fièvre augmente ; des frissons irréguliers, une exacerbation dans la chaleur et la sueur se constituent au milieu de l'aggravation de l'état général. La mort

survient, ou dans un coma accompagné de convulsions légères, ou au milieu d'un collapsus subit, quelquefois après une amélioration antérieure ; elle peut aussi dépendre d'une lésion thoracique, et, en certaines circonstances, d'accidents particuliers, comme d'hémorrhagie interne par rupture de la rate. Les symptômes peuvent enfin rétrocéder parfois d'une manière rapide et complète, à ce point que, du matin au soir, on trouvera la rate considérablement diminuée ; dans l'espace de deux jours, la tête est tout à fait dégagée ; la langue devient humide et presque nette ; le pouls est normal, l'appétit et les forces du corps reviennent. Dans d'autres cas, lorsque surtout des lésions locales étendues et profondes des organes thoraciques et de l'intestin se sont constituées, il y a un état fébrile qui varie ; cet état s'accompagne souvent de phénomènes typhoïdes modérés ; la rate diminue lentement pendant six à dix jours, et la guérison se produit peu à peu. La convalescence fut, dans l'épidémie du Caire, généralement rapide et facile ; dans d'autres cas, observés par Lange, elle fut prolongée et difficile ; un marasme aigu avec des œdèmes, une dysenterie de longue durée, une gangrène de la plante des pieds, une tuberculisation, se développent quelquefois comme maladies consécutives.

Lésions anatomiques. — Les altérations essentielles se trouvent dans les organes de l'abdomen ; le foie est le plus souvent tuméfié et turgescant, tantôt congestionné, tantôt anémié et spongieux, mou, gras et imbibé uniformément d'une coloration jaune ; son revêtement péritonéal est fréquemment couvert d'exsudats récents, de nature fibrillaire ou membraneuse ; la vésicule biliaire

est le plus souvent pleine d'une bile épaisse, foncée; les conduits d'excrétion sont libres. La capsule de la rate offre parfois un exsudat mince, de date récente; la rate est toujours hypertrophiée, très-turgescence, molle, friable, d'une coloration d'un rouge brun foncé; dans la très-grande majorité des cas, elle est parsemée de plusieurs milliers de petits foyers, d'un gris jaunâtre, un peu adhérents à la substance environnante; ce ne sont autre chose que les corpuscules de Malpighi remplis d'un exsudat et entourés à leur surface extérieure, et qui quelquefois subissent la transformation purulente (Griesinger). L'estomac présente assez souvent des érosions hémorragiques très-étendues; l'intestin n'est qu'exceptionnellement atteint par une exsudation croupale; les glandes du mésentère sont souvent tuméfiées et infiltrées. Les reins sont habituellement tuméfiés, très-turgescents, spongieux. Le cerveau et ses membranes sont presque toujours gorgés de sang.

Traitement. — Griesinger recommande surtout les purgatifs et le sulfate de quinine; toutefois, la première de ces médications paraîtrait mieux indiquée et par suite réussirait mieux contre la maladie; la seconde serait encore d'une efficacité contestée.

Nature. — Pour Griesinger, la maladie qu'il a décrite fait partie du groupe des affections typhoïdes. On ne peut nier, en effet, que cette fièvre ne présente dans ses symptômes, dans sa marche, dans ses altérations, quelque chose de réellement typhoïde; cependant, si on analyse mieux les différents phénomènes qui la caractérisent, si l'on fait attention que les symptômes du début, et qui du

reste présentent une intensité croissante dans le cours de la maladie, sont les enduits saburraux de la langue, les vomissements bilieux, l'ictère, l'augmentation de volume et la sensibilité du foie, etc., on ne pourra pas ne pas admettre que l'élément bilieux ne joue le principal rôle. Ajoutons du reste que les heureux effets des purgatifs viennent aussi à l'appui de cette opinion. Nous avons dit plus haut que la fièvre bilieuse pouvait revêtir, dans les épidémies particulièrement, un caractère de gravité insolite, se compliquer, si l'on veut, de l'élément typhoïde, et nous ne voyons pas pourquoi la fièvre de Griesinger ne pourrait pas être considérée comme telle. La fièvre de Griesinger doit-elle être assimilée à la fièvre récurrente? C'est ce que nous examinerons plus loin.

Fièvre jaune.

La fièvre jaune ou *vomito negro* est une maladie endémique des pays chauds; elle se développe exclusivement dans les villes situées le long des côtes, en particulier dans les grands ports; elle peut ensuite se propager dans l'intérieur des terres mais son origine spontanée est toujours dans les points que nous avons indiqués. Quelles sont les causes qui donnent ainsi primitivement naissance à la fièvre jaune? Nous devons bien avouer qu'elles ne nous sont pas complètement connues. Admettre une corruption locale de l'air par la malpropreté des rues, l'entassement de la population, c'est certainement faire connaître quelques-unes des conditions du développement de la maladie, mais ce n'est pas en donner la cause vraie, spécifique, puisque ces mêmes conditions se retrouvent dans d'autres

viles où cependant n'existe pas endémiquement la fièvre jaune. Les causes qui donnent naissance aux maladies paludéennes exercent-elles aussi une action sur le développement de la fièvre jaune? Il serait difficile de l'affirmer; car si l'on voit souvent coexister dans un même lieu les maladies des marais et la fièvre jaune, quelquefois aussi cette dernière endémie règne dans des pays tout à fait exempts de miasme palustre.

Un point aujourd'hui complètement hors de discussion, après avoir été cependant vivement contesté par quelques-uns, c'est la contagion de la fièvre jaune¹. Les exemples à l'appui de cette opinion sont aujourd'hui trop nombreux pour qu'on puisse conserver le moindre doute; ainsi, ce n'est que par la contagion qu'on peut expliquer les faits d'importation de la fièvre jaune dans les ports d'Europe. Il y a déjà longtemps que Berthe avait observé la fièvre jaune en Andalousie²; elle s'est récemment montrée à Saint-Nazaire, où elle a été étudiée par M. Mélier; on lira avec intérêt le rapport adressé par notre savant confrère à l'Académie de médecine, et la discussion à laquelle il donna lieu. Par quelle voie s'opère la contagion? Le navire porte-t-il lui-même le germe de la maladie? la transmission ne peut-elle s'effectuer que par l'intermédiaire des passagers? Il est certain aujourd'hui que les deux voies peuvent servir à la contagion.

Symptomatologie. — Le début de la maladie est ordi-

¹ Consultez, pour les développements de cette question, le *Traité de la contagion* de M. Anglada.

² Berthe; *Précis historique de la maladie qui a régné dans l'Andalousie*, en 1800.

nairement subit et se fait par un frisson plus ou moins intense ; quelquefois cependant on peut observer quelques symptômes prodromiques : inappétence, lourdeur de tête, abattement des forces, etc. Bientôt une fièvre intense se déclare, accompagnée de tous les symptômes constitutifs de la fièvre jaune ; ces symptômes peuvent présenter une intensité plus ou moins grande, ce qui a permis à M. Dutroulau d'établir, au point de vue de la gravité, trois degrés dans la maladie¹ Dans le premier, la fièvre jaune existe à son plus grand état de bénignité ; après une durée de trois jours, les symptômes diminuent d'intensité, et la convalescence s'établit. Le deuxième degré présente déjà la marche caractéristique de la maladie, et peut se terminer par la mort. Enfin, dans le troisième degré, l'intensité extrême des symptômes, l'irrégularité et la rapidité de la marche, indiquent d'une manière presque certaine une terminaison funeste.

Voici dans quel ordre se succèdent en général les symptômes. La fièvre, avons-nous dit, est intense, la peau ordinairement très-chaude, quelquefois recouverte de sueurs, qui incommodent plus qu'elles ne soulagent le malade. Le pouls est fréquent et peut atteindre jusqu'à 120 pulsations ; une céphalalgie très-vive se déclare, bientôt accompagnée de douleurs siégeant dans les membres et les lombes, où elles ont reçu le nom caractéristique de *coup de barre*. Le visage, les yeux surtout, sont injectés, phénomène qui paraît avoir une très-grande importance. Le malade est agité, angoissé ; il y a de l'insomnie, un très-grand abattement moral ; cependant l'intelligence

¹ Dutroulau ; *loc. cit.*, pag. 324.

persiste, et le malade exprime parfaitement les préoccupations que lui inspire son état. Des vomissements, d'abord muqueux et glaireux, bientôt noirâtres, composés par un sang noir, non coagulé, se déclarent ; l'épigastre est tendu et douloureux ; rarement il y a de la diarrhée ; l'urine est ictérique, souvent hématurique ; quelquefois aussi il y a des épistaxis. L'ictère se manifeste habituellement vers les deuxième ou troisième jours ; la peau prend alors une coloration citron, jauné-vert, quelquefois brun foncé. Le foie n'est ordinairement pas augmenté de volume. Il y a en général une exacerbation de tous ces symptômes vers le soir ; cette première période dure de trois à quatre jours.

Puis survient une amélioration de tous les phénomènes, repos trompeur appelé en langage vulgaire le *mieux de la mort* (Dutroulau) ; ce calme dure depuis quelques heures jusqu'à un et deux jours ; il est suivi d'une aggravation générale de la plupart des phénomènes.

Avec l'abaissement de la fréquence et de la chaleur, de nouveaux symptômes apparaissent. L'ictère, s'il n'existait encore, se prononce ; il en est de même des vomissements ; l'agitation et l'insomnie augmentent, les hémorragies apparaissent, elles se font ordinairement par la bouche, le nez, l'intestin, quelquefois les yeux, les oreilles, l'appareil urinaire et la peau. Après trois ou quatre jours, ces symptômes peuvent s'amender si la guérison doit survenir ; mais si la maladie est destinée à avoir une terminaison funeste, on constate au contraire une nouvelle aggravation.

La prostration et l'agitation vont alors sans cesse en augmentant ; le pouls faiblit et devient plus fréquent ;

les vomissements, les selles prennent une couleur de plus en plus noire; des hémorrhagies abondantes peuvent encore hâter la fin du malade, qui tombe en général dans un coma des plus profonds, quelquefois dans un délire à caractères variables. M. Dutroulau cite encore comme derniers symptômes la suppression d'urine et le hoquet. Enfin, l'agonie arrive, caractérisée par une respiration asphyxique, la peau froide et visqueuse, et le malade meurt dans cet état, ou emporté au milieu de convulsions.

Les formes, les degrés varient beaucoup et viennent modifier le tableau général que nous venons de donner; la fièvre jaune, nous l'avons dit, peut dans certains cas être bénigne et évoluer sans la moindre gravité; d'autres fois, au contraire, elle emporte les malades dans deux ou trois jours. La succession des symptômes peut également être modifiée; dans quelques cas assez fréquents, le type rémittent est très-franchement dessiné. Nous renvoyons aux ouvrages de Griesinger, de M. Dutroulau, etc., pour l'étude de toutes ces formes, de toutes ces variétés.

Anatomie pathologique. — Les principales lésions observées sur le cadavre sont d'abord de l'ictère et des ecchymoses des différentes parties du corps; le cerveau et ses membranes peuvent être sains; quelquefois les sinus sont gorgés de sang, il y a de la sérosité sanguinolente dans la cavité de l'arachnoïde; on peut même rencontrer des épanchements ou des caillots sanguins, soit à la base du crâne, soit sous l'arachnoïde et à la surface du cerveau (Dutroulau). Les organes respiratoires sont généralement sains, présentent quelquefois du catarrhe bron-

chique, des congestions hypostatiques; le cœur est souvent mou, pâle; dans beaucoup de cas ses fibres musculaires ont subi la dégénérescence graisseuse et un commencement consécutif de destruction (Riddel, Griesinger); l'estomac, l'intestin contiennent un sang décomposé, brun ou noir; souvent sur la muqueuse on observe des ecchymoses des érosions hémorrhagiques plus ou moins profondes.

Le foie présente des altérations diverses que Griesinger décrit de la manière suivante: « Dans un certain nombre de cas, cet organe est normal; dans d'autres, il est le siège d'une tuméfaction plus ou moins considérable, et c'est là d'une forte hyperémie (rouge noir); beaucoup d'anciens observateurs (Mouttrie, Chisholm, etc.), et presque tous les nouveaux depuis que Louis a attiré l'attention sur ce point, décrivent l'état du foie dans la majorité des cas comme celui d'un organe anémié, pâle, de couleur café, d'une coloration jaune ictérique parfois limitée, généralement totale, le plus souvent d'un volume normal ou légèrement augmenté, quelquefois diminué de volume, ou mou, visqueux, dépourvu de matière biliaire et desséché (atrophie jaune aiguë?). La diminution de volume est un fait aussi peu constant dans la fièvre jaune que dans notre ictère grave et la fièvre typhoïde bilieuse on ne la constate d'une manière marquée que dans un petit nombre de cas; l'anémie du foie serait surtout accusée chez les femmes et chez les enfants. L'examen microscopique (Blache, Alvarenga, Lyons) des cellules hépatiques nous les montre très-pâles, peu granuleuses, la plupart du temps dépourvues de noyaux et remplies d'une abondante quantité de gouttelettes graisseuses; les bord

parenchyme beaucoup de graisse libre (dégénérescence graisseuse aiguë). Louis trouva que la couleur ictérique et que la pâleur du foie se produisaient d'une manière constante après une durée de trois jours de maladie; Alvarenga a constaté, dans quelques cas, une dégénérescence graisseuse au bout de trois jours; une observation extrêmement remarquable est celle que l'on a faite sur des individus arrivés au vingt-deuxième jour de la fièvre jaune : ils avaient guéri des vomissements noirs et des hémorrhagies; mais d'autres maladies intercurrentes les avaient enlevés au milieu de la convalescence, le tissu du foie examiné au microscope parut être redevenu tout à fait normal. La sécrétion de la bile, alors que l'on observe dans le foie les changements décrits, diminue considérablement à la fin de la maladie, ou cesse tout à fait; la vésicule biliaire contient souvent un peu de mucus ou de sang; dans d'autres cas c'est de la bile épaisse, visqueuse, noirâtre; on peut trouver un engorgement catarrhal du conduit cholédoque, mais c'est là certainement une complication exceptionnelle, elle n'est point la cause ordinaire de l'ictère; on a noté çà et là de l'œdème des parois de la vésicule, de l'inflammation de sa muqueuse¹.»

La rate est le plus souvent normale, quelquefois hyperémie ou hypertrophiée; les reins présentent des altérations analogues à celles du foie.

Sang. — Le sang est ordinairement fluide, a l'aspect d'une sérosité roussâtre; dans le cœur on trouve des caillots mous, quelquefois cependant solides. L'examen

¹ Griesinger; *loc. cit.*, pag. 111.

microscopique ou chimique n'a pas appris grand'chose sur la cause de ces altérations. La proportion de fibrine, comme dans les maladies qui s'accompagnent d'hémorragies, est moindre : le sérum doit présenter aussi quelque lésion qui produit cette teinte spéciale appelée ictère hémaphéique par M. Gubler, ictère sanguin par M. Jaccoud ; cette décoloration, qui apparaît au début de la fièvre jaune, et qu'il ne faut pas confondre par conséquent, d'après ces auteurs, avec celle de l'ictère vrai, est-elle due à l'augmentation de la matière colorante normale du sérum, décrite par Simon sous le nom d'hémaphéine, comme le veulent Vogel et M. Gubler ; ou provient-elle d'une modification de l'hématine et d'une destruction exagérée des globules rouges, comme le prétend Virchow ? C'est ce que nous ne saurions dire ¹

Traitement. — Le traitement a varié avec les diverses opinions qu'on s'est faites de la nature de la maladie. Les vomitifs et les purgatifs sont encore les moyens qui ont le mieux réussi ; les saignées, fréquemment employées, peuvent momentanément soulager, mais elles augmentent la faiblesse et l'adynamie. Les toniques alimentaires, les diverses préparations de quinquina, les lotions froides, sont mieux indiqués ; on a souvent pratiqué les lotions avec le jus de citron ; les médecins des colonies désignent ces lotions sous le nom de remède de la négresse (Monneret).

Quant au traitement prophylactique, on est aujourd'hui

¹ Voir la Thèse de concours de M. Jaccoud, intitulée : *De l'humorisme*

d'hui complètement revenu à l'idée de l'isolement des malades, des navires, aux cordons sanitaires, aux quarantaines ; M. Mêlier a récemment montré tous les avantages de cette pratique, qu'avait si énergiquement défendue M. le professeur Anglada dans son *Traité de la contagion*¹

Nature. — Dans la fièvre jaune, l'élément bilieux nous paraît encore évident, mais il faut avouer qu'ici il est bien dépassé par les autres états généraux qui constituent la maladie. Il faut bien reconnaître, en effet, que les symptômes ataxo-adyamiques, les phénomènes dus à l'altération du sang, souvent aussi la marche rémittente de la fièvre, sont des faits d'une plus grande importance que les symptômes bilieux. Cependant ces derniers phénomènes conservent une intensité suffisante pour qu'il nous soit parfaitement permis de conserver la fièvre jaune dans le groupe des affections bilieuses.

Fièvre récurrente.

En 1864, commença à paraître, à Saint-Petersbourg, une fièvre qui, se rapprochant par ses caractères aussi bien des bilieuses que des typhoïdes, se faisait surtout remarquer par ce fait qu'après avoir évolué pendant quelques jours, elle présentait une chute à peu près complète de tous ses symptômes, pour reparaitre bientôt et se terminer de manières variables. On dut se préoccuper alors de cette fièvre ; on s'aperçut bientôt que la même maladie avait frappé épidémiquement l'Irlande à

¹ Anglada ; *Traité de la contagion*, tom. II.

différentes reprises ; on la retrouva également en Écosse, (Bennett), à Londres (Jenner), en Égypte (Griesinger), à Constantinople pendant la guerre de Crimée (Tholozan), dans l'Amérique du Nord (Augustin Flint), etc. Postérieurement à l'épidémie de Saint-Pétersbourg, M. Arnould paraît aussi l'avoir observée en Algérie ¹ ; ce n'était donc pas une maladie nouvelle, c'était une fièvre dont les caractères avaient été d'abord méconnus, mais dont il devenait facile de refaire l'histoire ²

En quoi consiste cette fièvre ? Ses symptômes sont à peu près ceux que nous avons déjà retrouvés dans quelques-unes des affections précédemment décrites, en particulier dans la typhoïde bilieuse : fièvre, symptômes de gastricité et de biliosité, vomissements, douleurs à l'épigastre et aux hypochondres, ictère, urines également ictériques, gonflement de la rate et du foie, symptômes nerveux plus ou moins accentués ; mais son caractère véritablement distinctif consiste dans la marche particulière qu'elle présente.

Les symptômes que nous venons d'énumérer persistent, en effet, s'aggravent même pendant les six premiers jours environ ; puis, à ce moment, au milieu de la plus grande gravité apparente, une rémission générale, complète, se déclare ; elle se produit en général sous l'influence d'une sudation abondante, dont la durée varie de quelques heures à un ou plusieurs jours. Cette période dure de quatre à sept et même quatorze jours, après quoi les

¹ Arnould ; *Du typhus à rechutes*. Épidémie observée au pénitencier d'Aïn-el-Bey. (*Archives générales de médecine*, tom. I, et II, 1867.)

² Voir les articles que M. Charcot a publiés dans la *Gazette hebdomadaire*, avril 1865.

mêmes symptômes, précédés encore de frisson, apparaissent. Nouvelle rémission qui peut être suivie de la convalescence définitive du malade, ou après laquelle surviennent une troisième et même quelquefois une quatrième rechute. La mort peut être la conséquence de ces rechutes successives ; la convalescence, quand elle s'établit, est toujours longue et pénible.

Les causes de la maladie sont encore celles que nous avons rencontrées dans les maladies précédemment décrites. M. Arnould résume de la manière suivante celles qu'il a rencontrées dans l'épidémie du pénitencier d'Aïn-el-Bey :

1° Agglomération notable d'hommes dans un même local ;

2° Viciation permanente de ce local par le miasme humain ;

3° Fatigue sans réparation suffisante par le sommeil pendant le jeûne du Rhamadan ;

4° Jeûne prolongé, alimentation irrégulière d'un bon nombre de détenus pendant le même temps ;

5° État moral de dépression de quelques-uns d'entre eux ;

6° Variations thermométriques, chaleur prématurée, froid nocturne¹

Les altérations anatomiques sont aussi à peu près celles de la typhoïde bilieuse ; elles portent principalement sur le foie et la rate.

Quant au traitement, il peut également se résumer dans l'emploi de ces trois médications : toniques, évacuants, antipériodiques.

La nature bilieuse de cette fièvre, quoi qu'en dise M.

¹ Arnould ; *loc cit.*, pag. 67

Arnould, ne saurait être mise en doute ; les rapports qu'elle présente avec les espèces précédemment décrites établissent ce point sans contestation possible. La complication d'un élément typhique nous paraît également évidente. La seule question qui mérite encore d'être discutée, c'est celle de l'assimilation de la récurrente à la typhoïde bilieuse, ou sa séparation complète d'avec toute autre espèce du même genre.

Or, il est certain que cette fièvre a, au point de vue de la marche, des caractères bien particuliers ; mais ces caractères sont-ils suffisants pour légitimer une distinction parfaitement nette ? Griesinger, qui a observé les deux espèces, l'affirme ; M. Arnould, et bien d'autres, restent dans le doute. Nous imiterons leur réserve ; la récurrence en effet se trouve, à un moindre degré, il est vrai, dans la typhoïde bilieuse ; elle existe même jusqu'à un certain point dans la rémittente des pays chauds ; les quelques modifications que peut présenter le *relapsing fever* peuvent, croyons-nous, s'expliquer par le fait de l'épidémie, qui, on le sait, imprime toujours un cachet propre et spécial aux maladies.

Fièvre catarrhale.

La fièvre catarrhale est une fièvre portant son action sur le système muqueux, plus particulièrement sur celui des voies respiratoires, et s'accompagnant d'éréthisme du système nerveux.

Le mot catarrhe dérive de *κατὰ ῥέω* (je coule de haut en bas) ; les anciens supposaient que le coryza, un des symptômes les plus constants de la fièvre catarrhale,

était constitué par une humeur qui avait sa source dans le cerveau, d'où est venue l'expression : rhume de cerveau.

La fièvre catarrhale, généralement peu étudiée, a été confondue par les uns avec la fièvre muqueuse (Grimaud, Pinel, MM. Alquié, Fuster); elle a été méconnue par d'autres, qui n'en font qu'une réaction d'un état inflammatoire local (MM. Grisolle, Requin et la plupart des médecins de Paris). De grandes différences séparent cependant les affections catarrhale et muqueuse : tandis, en effet, que dans celle-ci tout est torpeur, atonie, dans celle-là au contraire il y a toujours un degré très-marqué de surexcitation, d'éréthisme nerveux. Quant à l'opinion des médecins localisateurs, elle est facile à réfuter : la bronchite, en effet, ainsi que nous le verrons, loin d'être la cause de la fièvre, n'en est souvent que le produit; elle apparaît presque toujours consécutivement. MM. Rilliet et Barthez, qui n'admettent pas de fièvre catarrhale, étudient cependant des altérations catarrhales, sans y attacher, disent-ils, l'idée d'une lésion toujours inflammatoire¹ Cette opinion, qui se rapproche de la vérité, est cependant incomplète, car à ces localisations il faut une cause; cette cause, c'est l'affection catarrhale.

Étiologie. — Le tempérament lymphatique, l'enfance, dont ce tempérament est l'attribut normal, un état de faiblesse de la peau qui la rend plus sensible aux impressions extérieures, une constitution délicate, sont les causes prédisposantes individuelles de l'affection catarrhale.

¹ Rilliet et Barthez; *Traité des maladies des enfants*, tom. 1, pag. 408.

Les variations fréquentes de température constituent la cause prédisposante externe la plus puissante. « L'affection catarrhale, considérée dans son étiologie, dit M. le professeur Dupré, ne dépend ni du chaud, ni du froid, ni du sec, ni de l'humidité, ni des vents du midi, ni de ceux du septentrion, ni des causes qui élèvent le baromètre, ni de celles qui l'abaissent ; elle est produite par les alternatives de toutes ces conditions de l'air, par toutes les causes capables de modifier plus ou moins profondément la sécrétion, l'exhalation, la sensibilité de la peau.¹ » Aussi est-ce pendant les saisons tempérées, le printemps particulièrement, dans les climats sujets à de brusques changements thermométriques, comme le nôtre, que l'on rencontre surtout les fièvres catarrhales. Un refroidissement subit, l'exposition à un courant d'air, peuvent déterminer l'éclosion de la maladie.

Symptomatologie. — Des prodromes précèdent l'invasion de la maladie ; ils affectent l'économie entière, tout en se localisant cependant plus spécialement sur la muqueuse respiratoire. Le malade ressent une lassitude générale, de l'abattement, une céphalalgie ordinairement sus-orbitaire ; il est fatigué par la lumière, le bruit ; il existe du coryza, du larmoiement, de la dysphagie, de la toux.

La maladie débute le soir, par un frisson léger ou plutôt par une horripilation qui, partant des lombes, envahit bientôt tout le corps ; elle est peu après suivie de bouffées de chaleur montant de la région précordiale à la face.

¹ Dupré ; *Observations cliniques sur les fluxions de poitrine de nature catarrhale*, pag. 15. Montpellier, 1860.

Les deux sensations se succèdent avec une très-grande rapidité ; le malade les exprime en disant qu'il a froid et chaud en même temps. La maladie peut, suivant M. Fuster, qui a si bien décrit la marche de la fièvre catarrhale¹, se diviser en deux périodes : concentration et expansion, crudité et coction des anciens, irritation et détente de quelques modernes.

Dans les premiers temps, les frissonnements alternent encore avec les bouffées de chaleur ; ils s'accompagnent d'une céphalalgie tensive du front et des orbites, exaspérée par la toux, les mouvements ; les yeux sont rouges, larmoyants, craignent l'éclat de la lumière ; il y a de l'enchifrènement ; la pituitaire laisse écouler un liquide âcre, irritant, corrosif, qui produit la rougeur et même l'excoriation des parties avec lesquelles il est en contact ; la voix est rauque, la déglutition gênée ; la toux est quinteuse, dure, fatigante ; elle s'accompagne d'une sensation pénible de constriction à la poitrine. Il existe des douleurs vagues dans tous les membres, un endolorissement général, une agitation et une irritabilité extrêmes ; les traits sont contractés, la face alternativement pâle et animée ; le pouls est fréquent, petit, profond, concentré, quelquefois inégal ; l'appétit est perdu, la langue est blanche, large ; il y a de la constipation ; les urines sont rares, claires, réitérées ; tous les soirs, à la tombée de la nuit, ont lieu des exacerbations qui se terminent souvent par des sueurs. Dans la deuxième période, une réaction générale se manifeste ; le pouls se développe, prend de l'ampleur, devient

¹ Fuster; *Monographie clinique de l'affection catarrhale*, pag. 6. Montpellier, 1861.

plus égal, tout en conservant sa fréquence ; la chaleur de la peau s'élève, s'uniformise ; les muqueuses se phlogosent, leur sécrétion devient épaisse, visqueuse ; des râles sibilants, ronflants, quelquefois muqueux, s'entendent dans la poitrine ; la toux est grasse, s'accompagne de crachats épais, adhérents ; la céphalalgie devient pulsative, la constipation cesse, les urines se colorent ; enfin, la crise arrive et se fait généralement par d'abondantes sueurs, quelquefois aussi par des oreillons, remarquables par la singulière propriété qu'ils ont de se porter par métastase sur les testicules.

Tel est le tableau de la fièvre catarrhale simple. Dans certains cas cependant, les symptômes peuvent prendre une intensité plus grande ; c'est ce dont on peut juger par la description que donne M. Fuster de la fièvre catarrhale maligne : « Les prodromes, dit-il, sont déjà des menaces sérieuses. Comment mieux qualifier des phénomènes préparatoires, tels que vertiges, tintements d'oreilles, céphalalgie intense, toux continuelle, oppression considérable, rougeurs et pâleurs alternatives du visage, douleurs contusives aux lombes, au dos et aux membres, anxiété précordiale, inappétence absolue, tension des hypochondres et de l'épigastre, diarrhée séro-muqueuse, rêvasseries nocturnes, fatigue extrême ? Son invasion, trois, quatre ou cinq jours après, promet la réalisation de toutes ces menaces. Un froid glacial précédé de quelques horripilations en donne le signal. A ce froid pénétrant succède bientôt une chaleur âpre et mordicante, associée quelquefois à des sueurs excessives. Les autres symptômes se précipitent, en quelque sorte, à la suite de la chaleur ;

ce sont : l'altération de la face, une grande faiblesse, la contraction et les irrégularités du pouls, le trouble des idées, une céphalalgie opiniâtre, des épistaxis répétées, la propension aux lipothymies, la constriction de la poitrine et de l'épigastre, les difficultés de la respiration ; des douleurs poignantes parcourant le dos, les côtes, les épaules, les membres ; la rougeur douloureuse des yeux, l'âcreté brûlante de la gorge et de la trachée-artère, une toux incessante, saccadée et aride, la soif, le dégoût, un gonflement douloureux et rénitent de l'épigastre, des hypochondres et de la région abdominale ; la rareté des urines, souvent aqueuses et toujours claires ; des tranchées suivies chaque jour de quelques petites déjections avec ténésme de mucosités séreuses mêlées d'écume et parfois sanguinolentes ; l'agitation, l'insomnie et le délire ¹ »

Ce tableau est tracé d'après les quatre-vingt douze épidémies que M. le professeur Fuster a pu réunir depuis le XIII^e siècle, et d'après ses propres observations. M. le professeur Dupré fait également remarquer que « la fièvre catarrhale emprunte souvent aux conditions étiologiques générales et à la nature des sujets qu'elle atteint de préférence, un caractère d'adynamie très-marqué dès le début, qui impose une grande réserve dans l'emploi des débilissants ². » Il est donc évident pour nous que la fièvre catarrhale peut, dans certaines circonstances, affecter un caractère insolite de gravité.

La grippe, qui apporte avec elle un pronostic toujours

¹ Fuster ; *loc. cit.*, pag. 11.

² Dupré ; *loc. cit.*, pag. 16.

plus ou moins fâcheux, est encore un des modes d'expression de la fièvre catarrhale : la maladie règne alors épidémiquement; sous cette forme, elle a reçu les noms de catarrhe épidémique, follette, petite peste, cocotte, influenza, etc. Le nom de grippe lui fut donné pour la première fois par Sauvages, en 1744. Son étymologie est inconnue; nous ne saurions accepter l'opinion de M. Grisolle qui fait dériver le mot grippe du polonais *chrypha* (enrouement)¹ D'après M. Raige-Delorme, la première épidémie de grippe aurait apparu en 1580; M. Fuster en retrouve cependant les traits dans la maladie observée à Montpellier en 1387 par Valesco de Tarente² Parmi les épidémies qui depuis cette époque ont ravagé le monde entier à des intervalles différents, nous devons citer, comme une des plus intéressantes, celle dont M. le professeur Caizergues a laissé une excellente description³; on y retrouve tous les phénomènes de l'affection catarrhale, avec prédominance des symptômes nerveux : céphalalgie intense, inquiétude et angoisse générales, prostration des forces, difficulté et même impossibilité de se mouvoir, face resserrée, *grippée*; douleurs vives, générales; toux fréquente, spasmodique; dans un grand nombre de cas, délire, soubresauts des tendons, etc. Des localisations diverses venaient souvent ajouter à la gravité de la maladie; un grand nombre de sujets étaient emportés par des pneumonies.

Les causes de la grippe sont inconnues, comme toutes celles qui produisent les grandes épidémies; ce qu'on a

¹ Grisolle; *loc. cit.*, tom. I, pag. 307.

² Fuster; *loc. cit.*, pag. 334.

³ Caizergues; *Rapport sur l'épidémie vulgairement connue sous le nom de grippe, qui a régné à Montpellier en 1857* Montpellier, 1841.

dit des différents états de l'atmosphère est loin d'être prouvé.

Complications. — D'une manière générale, on peut dire que la fièvre catarrhale n'aime pas les complications, elle vit volontiers à l'état isolé. Elle s'accompagne cependant fréquemment d'embarras gastrique simple, qui est caractérisé par l'inappétence, la coloration blanche de la langue, des nausées, quelquefois même des vomissements composés de matières glaireuses et ne renfermant point de bile.

Dans la seconde période, la réaction, salutaire effort de la nature, peut dépasser le but : on voit alors se déclarer tous les symptômes d'une fièvre inflammatoire ; dans ce cas, il y a réellement complication de l'affection catarrhale par l'affection inflammatoire.

Si la fièvre catarrhale n'aime pas les complications, elle a par contre une tendance très-prononcée pour les localisations. En se portant ainsi sur la gorge, les bronches, les poumons, elle donne lieu à des altérations particulières, qui ont certainement quelques rapports avec les lésions inflammatoires, mais qui conservent cependant un cachet particulier : elles sont plus diffuses, plus généralisées. C'est ainsi que, tandis que la pneumonie inflammatoire est généralement circonscrite, la pneumonie catarrhale est au contraire plus étendue ; aussi Legendre et Bailly ont-ils donné aux pneumonies lobulaires, remarquables par la facilité avec laquelle elles se propagent, le nom de pneumonies catarrhales. Ces pneumonies arrivent en outre rarement à la troisième période, ne s'accompagnent par conséquent pas de pro-

duction de pus : elles méritent plus réellement alors la dénomination de fluxions de poitrine, sous laquelle M. le professeur Dupré les a fait connaître ¹ M. Monneret nous paraît aussi avoir décrit de véritables pneumonies catarrhales sous le nom d'hyperémie des poumons ² Quand la maladie se localise sur l'arrière-gorge, elle donne lieu à des angines caractérisées par une rougeur diffuse, disséminée, peu éclatante; le gonflement des amygdales est toujours léger. La dysenterie est encore une forme très-fréquente de l'affection catarrhale; aussi certains auteurs, Stoll, Hildenbrand, etc., ont-ils voulu en faire un catarrhe de l'intestin ³ « Le tissu musculaire, les membranes fibreuses, les séreuses, le tissu cellulaire, les parenchy-mes, les nerfs, les glandes et surtout la parotide, les amygdales, les testicules, etc., peuvent être envahis par les fluxions catarrhales aussi bien que les membranes muqueuses ⁴ »

¹ Dupré, *loc. cit.*

² Monneret; *Traité de pathologie interne*, tom. I, pag. 335.

³ Je n'ai jamais vu, dit Stoll, la dysenterie avoir lieu sans que les malades eussent à se reprocher de s'être exposés au froid étant en sueur. Sur la fin de l'été et en automne, l'humeur de la transpiration répercutée se jette plutôt sur le bas-ventre. Ainsi cette matière, au lieu d'occasionner, comme dans une autre saison, ou des odontalgies, des coryzas, des angines, des catarrhes, etc., se portant sur les membranes des intestins, produit un coryza ventral, ou un catarrhe des intestins, ou un rhumatisme de cet organe, maladie qui ne diffère que par son siège des maladies également séreuses qu'on observe dans les autres parties de l'année. (Stoll; *Médecine pratique*, pag. 204.) Pour Hufeland, la dysenterie consiste dans un état morbide analogue à l'irritation catarrhale de la muqueuse des bronches, en un catarrhé, en un rhumatisme du gros intestin. (Hufeland; *Médecine pratique*, pag. 379.)

⁴ Dupré; *loc. cit.*, pag. 14.

Diagnostic. — Il est généralement assez facile de reconnaître une fièvre catarrhale. Ses causes, le mode de son début, ses exacerbations vespérines, son aspect général, ses localisations sur les muqueuses des voies respiratoires, la caractérisent suffisamment. Il nous paraît difficile de la confondre avec une fièvre inflammatoire ou bilieuse, auxquelles nous avons assigné des caractères très-différents. Quant à la fièvre muqueuse, nous verrons bientôt qu'elle se distingue par des traits essentiels de la fièvre catarrhale. La fièvre rhumatique ou rhumatismale, que quelques auteurs, J. Frank entre autres¹, ont voulu séparer de la fièvre catarrhale, ne peut être considérée comme une espèce particulière. La nature des deux affections est en effet identique : dans la fièvre rhumatique, les douleurs sont seulement plus marquées, plus vives ; l'impression morbide porte plus spécialement sur les tissus musculaire et fibreux ; mais ce n'est point là une raison suffisante pour faire de cette forme de l'affection catarrhale une maladie distincte. Si par fièvre rhumatique on entend au contraire la fièvre qui accompagne le rhumatisme vrai, le diagnostic devient dès-lors très-facile : les caractères de cette affection morbide sont en effet assez tranches pour que toute hésitation soit impossible.

Pronostic. — Généralement sans gravité, la fièvre catarrhale peut, quand l'élément nerveux prend une trop grande prédominance, revêtir des allures fâcheuses. La grippe est une maladie sérieuse, souvent mortelle, surtout pour

¹ J. Frank ; *Traité de pathologie interne*, trad. par Bayle, tom. I, pag. 170.

les vieillards; quant aux fièvres catarrhales malignes, que nous avons décrites, leur pronostic est toujours très-grave.

Anatomie pathologique. — Les seules lésions que l'on rencontre à l'autopsie sont celles qui résultent des localisations de l'affection : ce sont des hyperémies, des congestions plus ou moins marquées des muqueuses respiratoires. Si, pendant la vie, on a observé les symptômes d'une pneumonie, on trouvera sur le cadavre, non des lésions qu'on puisse rapporter à une inflammation du tissu pulmonaire, mais des altérations dont nous avons déjà rappelé les caractères tout spéciaux, que M. Monneret rapporte à l'hyperémie du poumon, et qu'il décrit en ces termes : « L'hyperémie pulmonaire est caractérisée anatomiquement par l'induration du tissu pulmonaire, qui est d'un rouge-brun violacé, d'une teinte vermeille ou rouge clair. Il est dense, résistant, plus ou moins privé d'air, et semblable à de la chair musculaire (carnification), ou à la rate saine. Le sang est venu prendre la place de l'air et effacer les vésicules du poumon. On n'y perçoit plus la crépitation, excepté dans les cas où les portions congestionnées sont entourées d'un tissu encore sain ou faiblement altéré. Ordinairement, le tissu carnifié, plus dense que l'eau, se précipite au fond du vase, où il reste immergé. Il offre une ténacité assez grande, se laisse déchirer difficilement ; et quand on est parvenu à en faire écouler une grande quantité de sang noir, spumeux, séreux, ou présentant des qualités différentes, on trouve les éléments constitutifs du poumon avec leur consistance normale. Cependant il peut arriver que l'imbibition cada-

vérique des tissus par une grande quantité de sang et de sérosité qui s'y trouvent presque toujours arrêtés par la congestion, finisse par diminuer la consistance des tissus, sans que pour cela il y ait inflammation. Quand on déchire le poumon congestionné, il résiste et ne laisse apercevoir aucune granulation vésiculaire, ni la forme grenue qui caractérise si bien la phlegmasie au second degré (Laënnec). Une coupe pratiquée sur ces mêmes points montre encore plus distinctement une surface lisse et unie, dans laquelle on retrouve, quand on l'a lavée et quand on en a exprimé le sang, le tissu pulmonaire exempt de toute altération. Cette lésion a reçu le nom impropre de pneumonie planiforme, car elle n'a rien de commun avec la phlegmasie. On peut rendre au poumon simplement hyperémié l'air qui ne pénétrait plus dans les vésicules, en l'insufflant avec précaution, tandis que la même opération ne saurait réussir sur un poumon enflammé. Le siège habituel de la maladie est la partie inférieure des deux poumons, tout le lobe inférieur, plus rarement les deux côtés¹ » D'autres lésions, hémorragie bronchique, œdème pulmonaire, bronchite capillaire, peuvent compliquer l'altération ci-dessus décrite. Les divers désordres si bien observés par M. Monneret sont également ceux que nous avons très-souvent constatés dans les affections catarrhales.

Traitement. — Nous devons établir cinq indications principales : 1^o dans la première période, favoriser l'expansion ; 2^o dans la seconde, surveiller la réaction qui

¹ Monneret ; *Traité élémentaire de pathologie interne*, tom. I, pag. 339.

a succédé à la concentration du premier temps, et la maintenir dans de justes limites; 3° traiter les localisations plus ou moins intenses qui se font du côté des muqueuses; 4° combattre les complications; 5° la dernière indication se rapporte au traitement prophylactique: il faut rendre à la peau la vigueur qui lui manque, détruire sa susceptibilité, cause première des récidives si nombreuses de l'affection catarrhale.

1° Pour remplir la première indication, il suffira, dans les cas les plus légers, de donner quelques boissons chaudes et légèrement excitantes, infusions de tilleul, de thé; d'appliquer quelques doux attractifs, des cataplasmes de farine de lin, aux membres inférieurs, ou plus simplement d'envelopper les pieds dans du coton cardé recouvert de toile cirée. Les vomitifs, dans des cas plus sérieux, peuvent être d'une grande utilité; en dehors de leur action évacuante, dirigée contre la complication gastrique, si fréquente dans les fièvres catarrhales, ils favorisent également l'expansion; l'ipécacuanha, pour les raisons que nous avons déjà indiquées, sera préféré au tartre stibié.

2° La nature se charge presque toujours de tous les frais du traitement de la deuxième période; la réaction se maintient en effet, la plupart du temps, dans des limites convenables, aussi n'a-t-on qu'à cesser l'emploi des infusions excitantes et à les remplacer par quelques boissons émoullientes et tempérantes; les cataplasmes pourront être continués. Si toutefois la réaction devenait inflammatoire, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer une légère saignée.

3° Les localisations qui se font sur les muqueuses res-

piratoires réclament, dans la première période de la maladie, l'usage de boissons calmantes, émollientes. Aussi dans une même infusion associe-t-on divers principes, de manière à satisfaire aux deux indications : favoriser l'expansion, calmer l'état d'irritation des muqueuses. Si la toux, symptomatique d'une hyperémie bronchique, incommodé trop le malade, il faudra même avoir recours aux opiacés (julep avec addition de sirop diacode, de morphine, etc.). Si l'on observe tous les phénomènes d'une pneumonie, ou mieux d'une fluxion de poitrine catarrhale, les vomitifs peuvent encore nous rendre d'importants services. « Personne, dit M. le professeur Dupré, ne peut, sans injustice, contester à l'École de Montpellier le mérite d'avoir, la première, démontré leur utilité dans les fluxions catarrhales aiguës de la poitrine. Rivière, Fizes, Sauvages, etc., avaient précédé Stoll dans l'emploi de ce moyen, et les deux Seranne, les deux Bordeu, Fageon, Fouquet, Petiot, Roucher, les deux Broussonnet, contemporains de ce grand homme, n'avaient eu besoin de s'inspirer que de la tradition bien établie autour d'eux. Il est depuis longtemps reconnu que les vomitifs n'ont pas seulement pour effet de provoquer des évacuations, mais que l'acte du vomissement, par les secousses qu'il imprime à tous les organes du thorax, comme à tous ceux de l'abdomen, y facilite la circulation, empêche ou dissipe les stases humorales, s'oppose par conséquent à la formation des engorgements ou active leur résolution. Ils provoquent en outre un mouvement d'expansion bien marqué ; ils dispersent les spasmes, contrarient les tendances fluxionnaires, facilitent les éruptions, et provoquent à la fois une transpiration salutaire et une expectoration plus fa-

cile ' » Les vésicatoires seront utiles pour détourner les fluxions. On connaît les règles posées à ce sujet par Barthez : au début, appliquer les agents antifixionnaires loin du point affecté, les rapprocher à mesure que la maladie devient plus ancienne. Dans l'espèce, on commencera par placer des vésicatoires aux bras, plus tard on pourra les mettre sur la poitrine. Dans la deuxième période, si la réaction est intense, on pourra remplacer le vésicatoire par quelques sangsues appliquées *loco dolenti*. Enfin, si la bronchite, survivant à la fièvre, tendait à passer à la chronicité, on devrait faire quelques frictions stibiées sur la poitrine même, moyen qui, combiné avec les autres agents thérapeutiques employés dans la bronchite, est d'une efficacité extrême.

4° Les complications les plus fréquentes sont, nous l'avons vu, l'embarras gastrique et l'affection inflammatoire. Un vomitif, déjà indiqué pour plusieurs motifs, aura facilement raison de la première ; pour compléter son action, ou pour la suppléer dans les cas plus légers, on emploiera l'ipécacuanha à doses fractionnées. L'infusion de cette substance nous rend de très-grands services, elle est ainsi formulée :

Ipécacuanha.....	40 centig. à 1 gram.
Rhubarbe.....	2 gram. à 6 —
Ecorce d'oranges amères.....	3 — à 6 —
A infuser dans eau..	120 —
Passez et ajoutez :	
Sirop de gomme ou de Tolu.....	30 —

Les antiphlogistiques seront dirigés contre la complication inflammatoire.

¹ Dupré; *loc. cit.*, pag. 98.

5° La faiblesse, la susceptibilité de la peau, nous l'avons vu, est une des principales causes de l'affection catarrhale : il faut donc, dans l'intervalle des atteintes de la maladie, détruire chez le sujet cette disposition fâcheuse ; l'hydrothérapie est certainement le meilleur moyen qu'on puisse lui opposer. Les douches en pluie, en poussière, faites pendant le temps nécessaire pour que la réaction se produise (trois ou quatre minutes environ), l'enveloppement dans le drap mouillé, seront toujours avantageusement employés¹

La grippe étant une affection catarrhale dans laquelle l'élément nerveux prend une prédominance exagérée, il faut ajouter aux moyens dirigés contre l'affection catarrhale l'emploi des antispasmodiques, et surtout des opiacés. La poudre de Dower est une excellente préparation dont on doit largement user. Quelquefois la grippe se complique d'un état rémittent ; on prescrira alors le sulfate de quinine.

Nature. — La fièvre catarrhale est une maladie générale ; elle n'est pas en effet le résultat de l'irritation des muqueuses, puisque dans la plupart des cas celles-ci ne sont affectées que secondairement. L'analyse nous fait reconnaître dans toute affection catarrhale deux éléments principaux : un état de surexcitation du système nerveux, et une irritation, une congestion des muqueuses respiratoires.

Auteurs à consulter. — Fuster ; *Monographie clinique de l'affection catarrhale*. Caizergues ; *Rapport sur l'épidé-*

¹ Voir Louis Fleury ; *Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie* ; pag. 155. Paris, 1852.

mie de grippe qui a régné à Montpellier en 1837 Dupré ;
Observations cliniques sur les fluxions de poitrine de nature catarrhale. Quissac ; *Doctrine des éléments morbides.* Coste ;
Considérations sur les affections catarrhales en général, et la pneumonie catarrhale en particulier. (Thèses de Montpellier, 1854, n° 52.)

Fièvre muqueuse.

La fièvre muqueuse a été méconnue par un grand nombre de médecins ; confondue par les uns, ainsi que nous le verrons, avec la fièvre typhoïde, elle a été englobée par d'autres, J. Frank, M. Fuster, etc., dans la classe des affections catarrhales ; et cependant elle diffère de l'une aussi bien que de l'autre par des traits essentiels, caractéristiques. Dans la fièvre catarrhale, nous l'avons vu, il y a toujours un certain degré d'excitation, dans la deuxième période il y a même une réaction qui présente un grand nombre des caractères de la fièvre inflammatoire ; dans la fièvre muqueuse, au contraire, le fait dominant, principal, c'est la torpeur vitale qui se manifeste par la lenteur de la maladie, sa tendance à la chronicité, l'absence de toute fluxion vive et active, le peu d'accentuation de tous les mouvements vitaux. Dans la fièvre catarrhale, ce sont les muqueuses respiratoires qui sont le siège des localisations morbides ; dans la fièvre muqueuse, c'est au contraire la muqueuse digestive qui est affectée ; il y a en ce point exagération, viciation des sécrétions muqueuses, état désigné par M. Barrier sous le nom de

diacrise muqueuse ou folliculeuse¹ Quant à la fièvre typhoïde, nous verrons qu'un grand nombre de caractères la distinguent de la pyrexie que nous étudions maintenant. Les observateurs qui ont rejeté la fièvre muqueuse ont cependant été obligés de compter avec elle; aussi ont-ils admis une fièvre typhoïde à forme muqueuse. On rencontre en effet des dothiéntéries qui, dans leur marche, présentent beaucoup de rapports avec notre fièvre; mais celle-ci n'en peut pas moins exister indépendamment de toute complication typhique, et se présente alors sans ce cortège de symptômes qui accompagne la fièvre typhoïde: stupeur, altération des traits, épistaxis, taches rosées, fluxions nombreuses sur divers organes, etc.

La fièvre muqueuse a donc son individualité distincte; aussi de tout temps les praticiens lui ont-ils donné une place à part dans la classe des pyrexies. Baglivi², Huxham³, Rœderer et Wagler⁴, Sarcone⁵, Grimaud⁶, J. Frank⁷, Pinel⁸, et de nos jours MM. Gendrin⁹, Barrier¹⁰, Rilliet et Barthez¹¹ etc., l'ont étudiée sous les noms divers de fièvre

¹ Barrier; *Traité prat. des mal. de l'enf.*, tom. II, p. 28. Paris, 1842.

² Baglivi; *De febribus malignis et mesentericis. Opera omnia*, pag. 51.

³ Huxham; *Essai sur les différentes espèces de fièvres*, etc. Paris, 1764.

⁴ Rœderer et Wagler; *Traité de la maladie muqueuse*. Paris, 1855.

⁵ Sarcone; *Histoire raisonnée des maladies observées à Naples pendant le cours entier de l'année 1764*, trad. Bellay. Paris et Lyon, 1807.

⁶ Grimaud; *Cours de fièvres: fièvre catarrhale ou pituiteuse*, tom. IV, pag. 22.

⁷ J. Frank; *Traité de pathologie médicale*, tom. I, pag. 217.

⁸ Pinel; *Nosographie philosophique*, 4^e édit. Paris, 1810.

⁹ Gendrin; *Traité philosop. de médecine prat.*, tom. II, pag. 461.

¹⁰ Barrier; *loc. cit.*, tom. II, pag. 146.

¹¹ Rilliet et Barthez; *Traité des maladies des enfants*, 2^e édit., tom. I, pag. 726.

muqueuse, glutineuse gastrique, pituiteuse, mésentérique, lymphatique, gastro-intestinale, lente nerveuse, adéno-méningée, etc.

Nous définirons la fièvre muqueuse: « Une fièvre qui porte spécialement son action sur le système muqueux des voies digestives, et qui est en outre accompagnée d'un état de torpeur générale de tout le système vivant. »

Étiologie. — Les causes agissent dans les deux sens que nous venons d'indiquer; elles tendent à produire: 1° la torpeur générale de tous les actes vitaux; 2° la fatigue des voies digestives. Aussi voit-on la fièvre muqueuse se développer particulièrement chez les individus à tempérament lymphatique, à constitution molle, par conséquent chez les enfants et les femmes; une nourriture insuffisante et grossière, composée surtout de matières féculentes, ou bien au contraire une alimentation trop copieuse, qui a également pour effet de troubler les fonctions digestives, ainsi que Baglivi l'avait constaté chez les nobles, les ecclésiastiques et les oisifs¹, voilà encore des causes prédisposantes de la fièvre muqueuse. Citons enfin les constitutions météorologiques froides et humides: la fièvre muqueuse règne, en effet, pendant les saisons où dominent ces qualités de l'atmosphère, en automne par conséquent, et dans les climats sujets aux mêmes intempéries. Sims, par exemple, l'observait dans le pays de Tyrone, en Irlande².

¹ Baglivi, *loc. cit.*, pag. 55.

² Sims; *Maladies épidémiques*; troisième constitution.

Comme causes occasionnelles, on cite toujours ces mêmes circonstances que l'on rencontre à chaque pas dans la pratique, et auxquelles on ne peut cependant attacher qu'une bien faible importance dans la pathogénie du fait morbide : c'est un écart de régime, une indigestion, une émotion trop vive, un refroidissement, etc.

Symptomatologie. — Des prodromes précèdent le début de la maladie ; déjà ils indiquent que la scène principale se passera du côté des voies digestives : il y a, en effet, de l'inappétence, des nausées, de la difficulté dans les digestions, de la constipation ou de la diarrhée ; en même temps existent un malaise général, une paresse physique et intellectuelle très-grande, de la céphalalgie, etc.

Quelques jours après, la maladie débute le soir par un frisson assez intense, accompagné parfois de nausées et même de vomissements. A ce frisson succède une chaleur variable d'intensité, habituellement assez vive, amenant avec elle de la soif, une céphalalgie générale, lourde, gravative, rarement aiguë.

Les sens sont plus ou moins obtus ; la lumière, le bruit, incommodent le malade ; le pouls est mou, large, dépressible, sans trop de fréquence ; des sueurs partielles et continues se déclarent, elles existent surtout sur la face et la partie antérieure de la poitrine ; elles fatiguent plus qu'elles ne soulagent le malade. La langue est blanche, très-chargée, recouverte comme d'un voile d'un blanc de lard, suivant les expressions de Sarcone ¹ ; la bouche est pâteuse, l'arrière-gorge est recouverte d'un exsudat blan-

¹ Sarcone ; *loc. cit.*, tom. II, pag. 84.

chiâtre, qui au premier abord pourrait en imposer pour de fausses membranes, mais qui en réalité n'est composé que de matières pultacées, ainsi qu'on peut s'en assurer par la facilité avec laquelle elles se réduisent en bouillie sans consistance aucune; quelquefois aussi la bouche se recouvre d'aphthes. Il y a un crachotement continu de salive épaisse, filante; c'est la pituite des anciens, d'où le nom de fièvre pituiteuse imposé par quelques-uns à la maladie qui nous occupe. Il existe aussi des nausées et même des vomissements composés de matières glaireuses, mêlées quelquefois à un peu de bile. La région épigastrique est tendue, douloureuse; le plus souvent il y a de la diarrhée; les urines sont chargées, bourbeuses. La respiration est gênée; il y a de la toux, toux purement sympathique, car aucun râle ne se fait entendre dans la poitrine, et à laquelle Rœderer et Wagler ont donné le nom de toux stomacale. Le malade est enfin fatigué par de l'insomnie ou par un sommeil pénible accompagné de rêvasseries continues; quelquefois même il y a un peu de délire, présentant habituellement les caractères du subdélirium.

Dans certaines circonstances, on trouve des vers dans l'intestin, particulièrement des ascarides; Rœderer et Wagler en ont fréquemment observé dans l'épidémie de Göttingue. Comment expliquer la présence de ces parasites? On sait qu'une affection vermineuse ne peut se produire sans le concours de deux conditions aussi indispensables l'une que l'autre: il faut que les germes soient introduits dans l'organisme, et qu'ils trouvent dans cet organisme un terrain convenable à leur développement. C'est ainsi, par exemple, qu'on voit surtout apparaître la maladie vermi-

neuse chez les enfants lymphatiques, dont les féculents constituent la principale nourriture. Dans la fièvre muqueuse, on observe des conditions semblables; le mode particulier d'alimentation, que nous avons considéré comme une des causes les plus puissantes de la fièvre muqueuse, favorise l'introduction des germes, l'état muqueux constitue par lui-même un terrain des plus favorables à leur éclosion.

La fièvre muqueuse présente tous les soirs des exacerbations qui sont cependant, en général, moins marquées que celles de la fièvre catarrhale. La marche de la maladie est lente, les symptômes arrivent assez vite à leur summum d'intensité; mais à partir de ce moment on les voit persister au même degré pendant plusieurs jours; aucun changement notable ne se produit, ni en bien ni en mal: on voit qu'une profonde torpeur préside à l'évolution de la maladie. La fièvre muqueuse se termine après une durée de quinze à vingt jours, habituellement sans crise: les crises ne se rencontrent en effet que dans les états morbides sthéniques; la fièvre muqueuse, de nature asthénique, ne saurait donc en présenter. La solution arrive peu à peu par un amendement successif de tous les phénomènes.

La convalescence est généralement longue: l'impression portée sur les forces a été profonde; de plus, les organes digestifs, qui ont particulièrement reçu l'atteinte de la maladie, ne peuvent immédiatement reprendre leurs fonctions; aussi la nutrition languit-elle encore pendant un certain temps, et le sujet éprouve-t-il beaucoup de peine à se remettre.

Complications. — Les principaux états morbides que l'on rencontre à titre de complication dans le cours de la fièvre muqueuse sont les états adynamique et rémittent; l'état muqueux peut, à son tour, compliquer la fièvre typhoïde.

La complication ataxo-adynamique se reconnaît facilement. Nous avons déjà eu l'occasion d'en indiquer les principaux caractères, nous les étudierons bientôt d'une manière plus complète; elle n'est du reste, pour ainsi dire, que l'exagération de la débilitation, de la torpeur normale de la fièvre muqueuse. Nous avons également fait connaître les signes à l'aide desquels on peut s'assurer de l'existence de l'élément rémittent; nous ne pourrions que répéter ici ce que nous avons déjà dit en faisant l'histoire de la fièvre bilieuse. Quant à la complication de la fièvre typhoïde par l'affection muqueuse, c'est en traitant du premier de ces états morbides que nous en ferons l'étude.

Anatomie pathologique. — La muqueuse intestinale est presque toujours congestionnée; souvent aussi il existe une tuméfaction des follicules mucipares, soit isolés, soit agminés. Dans certains cas même, les altérations deviennent mieux caractérisées et présentent toutes les apparences des lésions de la fièvre typhoïde. Les ulcérations intestinales ont été en particulier rencontrées par Rœderer et Wagler dans la forme de l'épidémie de Gœttingue qu'ils ont décrite sous le nom de fièvre muqueuse aiguë et maligne. Doit-on pour cela regarder ces fièvres muqueuses comme des variétés de la fièvre typhoïde? Nous ne le pensons pas; nous discuterons du reste cette opinion quand nous étudierons la valeur des lésions intestinales dans la dothiéntérie.

Diagnostic. — La fièvre muqueuse, avons-nous dit, a été confondue avec les affections catarrhale et typhoïde ; cette dernière s'en distingue par des caractères spéciaux que nous ferons bientôt connaître. Quant à la fièvre catarrhale, elle présente des phénomènes bien différents de ceux de l'état muqueux. Les prodromes, les principales manifestations, ont pour siège les muqueuses respiratoires et non les organes digestifs. La fièvre muqueuse tend à l'adynamie et ne présente jamais cette réaction presque inflammatoire que l'on rencontre dans les affections catarrhales.

Pronostic. — La fièvre muqueuse est une maladie plus sérieuse que les états précédemment étudiés ; cependant elle se termine presque toujours d'une manière favorable, et ce n'est que par ses complications qu'elle peut compromettre la vie du malade. L'apparition d'accidents ataxo-adyamiques en particulier constitue un fait toujours très-grave.

Traitement. — Dans la fièvre muqueuse, il faut : 1° débarrasser les voies digestives ; 2° relever les forces ; 3° traiter les complications ; 4° dans la convalescence, rendre aux organes digestifs le ton qu'ils ont perdu.

1° Les évacuants doivent être employés pour remplir la première indication ; les réflexions que nous avons faites à propos des fièvres catarrhale et bilieuse sont de tous points applicables au traitement de l'affection muqueuse.

2° Le quinquina est le meilleur agent dont nous puissions disposer pour relever les forces ; la résine (extrait

alcoolique) est la préparation que l'on doit préférer. Dans des cas peu sérieux, on pourra employer l'infusion d'ipécacuanha et d'écorce d'oranges amères. Un régime aussi substantiel que le permettra l'état des organes digestifs aidera également à remplir cette indication.

3° Les complications adynamique et rémittente réclament encore l'emploi des diverses préparations de quinquina ; on insistera sur la résine, s'il faut combattre l'adynamie ; on lui associera le sulfate de quinine, si l'on a affaire à une rémittence vraie.

4° Les amers, les vins de gentiane, de quinquina, etc., seront employés pour rétablir pendant la convalescence l'intégrité des fonctions digestives.

Nature. — De tout ce que nous avons dit, il résulte que la fièvre muqueuse est une maladie générale, composée par deux éléments principaux : l'abaissement des forces et la viciation des sécrétions muqueuses du tube gastro-intestinal.

Auteurs à consulter — Rœderer et Wagler ; *Traité de la maladie muqueuse*. Barrier ; *Traité des maladies de l'enfance*. Fuster ; *Monographie de l'affection catarrhale*.

Fièvre typhoïde.

Nous avons vu, dans l'étude des précédentes pyrexies, que les médecins des siècles derniers avaient porté un soin tout particulier à distinguer entre elles les différentes fièvres que réunit le caractère commun de leur gravité, et nous avons été obligé de reconnaître avec eux que la clinique, souverain juge en pareille matière, sanction-

nait plus d'une fois leur manière de voir. Mais, d'un autre côté, nous devons convenir que leur esprit, trop analytique, les avait souvent égarés; qu'ils avaient eu le tort de multiplier à l'infini les maladies fébriles, et de jeter ainsi le plus grand désordre dans leur étude. L'admission des hémitritées, des tritæophies, des acmatiques, des paracmatiques, des étacmatiques, et de tant d'autres variétés, ne venait-elle pas en effet, sans but et sans résultat pratique, compliquer les recherches pyrétologiques?

L'exagération même de cette analyse, poussée jusqu'aux subtilités les plus extrêmes, devait inévitablement amener une réaction. Aussi les médecins modernes, qui ont cru que le progrès consistait à simplifier quand même et en dépit des données de l'observation; ont-ils repoussé toutes les distinctions établies par leurs devanciers, et ont-ils réuni toutes les fièvres dans une seule et même maladie, la fièvre typhoïde. MM. Bretonneau, Louis, Chomel, Forget, ont été les chefs de cette révolution, et leurs élèves les ont suivis avec enthousiasme dans cette voie. Ce mouvement n'a, du reste, pas été isolé dans l'histoire de la médecine de cette époque; il doit être rattaché aux mêmes causes qui, au commencement de ce siècle, ont renversé toutes les idées antérieurement reçues sur le mode de production des maladies, et ont créé l'école dite anatomique. Les médecins que nous venons de nommer avaient découvert, à l'autopsie de sujets morts à la suite de certaines affections fébriles, une lésion déterminée dans les plaques de Peyer, et ils en avaient conclu qu'on devait la rencontrer dans toutes les espèces du même genre morbide. « Les fièvres de Pinel, à part la peste, dit M. Louis, ne forment qu'une seule et même maladie, dont le carac-

tère anatomique consiste, non dans une inflammation de l'estomac et des intestins, mais dans une lésion profonde et spéciale des plaques elliptiques de l'intestin grêle¹ » « Si l'on veut, ajoute Valleix, sortir du vague et de la confusion, il faut nécessairement, en médecine pratique, laisser de côté tout ce qu'on a pu dire sur les fièvres graves avant ces dernières années... M. Louis, en disant comme résultat général de ses recherches : Les fièvres continues, quelle que soit leur forme, constituent toutes une seule et unique affection qu'on peut distinguer sous le nom d'affection ou de fièvre typhoïde, a définitivement résolu cette grande question² » Cette théorie était d'une simplicité trop séduisante pour ne pas attirer à elle la grande majorité des médecins ; aussi le silence se fit-il bientôt autour des anciennes fièvres bilieuse, muqueuse, etc., qui durent attendre de meilleurs jours pour reparaitre.

Les auteurs de cette révolution étaient-ils du reste bien fondés à renverser toutes les idées généralement acceptées, à remplacer toutes les espèces précédemment admises par une seule et même entité, la fièvre typhoïde ? La question mérite d'être étudiée. Les faits que nous avons cités dans l'étude des fièvres inflammatoire, bilieuse, catarrhale et muqueuse, nous paraissent déjà démontrer l'erreur dans laquelle sont tombés les réformateurs contemporains. Des fièvres qui ont des causes, des symptômes, des indications différentes de celles de la fièvre typhoïde, peuvent-elles en effet, malgré leur gravité plus ou moins apparente, être

¹ Louis ; *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous les noms de FIÈVRE TYPHOÏDE, etc.*, 2^e édit., Avertissement, pag. xvi.

² Valleix ; *Guide du médecin praticien*, tom. X, pag. 757 et 762.

assimilées à cette dernière espèce? Le bon sens médical proteste contre une pareille opinion. Mais une objection nous est faite, et on nous dit qu'en dépit de la différence des caractères étiologiques, symptomatologiques et thérapeutiques, toutes ces fièvres doivent être reliées par l'existence d'un caractère toujours semblable, la lésion intestinale. Il nous faut répondre à cette objection, et pour cela examiner quelle est la valeur, la constance des altérations des plaques de Peyer.

Nous devons d'abord reconnaître que la lésion des follicules est tellement fréquente qu'elle pourrait avec raison être considérée comme signe pathognomonique de la fièvre typhoïde, si toutefois il existait en pathologie de signe auquel on pût attribuer ce caractère. Malheureusement, les progrès de la science moderne n'ont en rien, sur ce point de doctrine, ébranlé les vérités anciennes, et l'aphorisme d'Hippocrate : *Unum signum, nullum signum*, possède encore aujourd'hui toute sa force et sa valeur. Les exanthèmes varioleux, rubéoleux, scarlatineux, peuvent eux-mêmes manquer, et depuis Sydenham tous les observateurs prudents admettent des varioles, des rougeoles, des scarlatines sans éruption (*variola sine variolis, rubeola sine rubeolis*, etc.). Ce sont là toutefois des faits très-rares et qu'on ne peut reconnaître qu'en temps d'épidémie. Nous ne serons donc pas étonné qu'à son tour la lésion des plaques de Peyer puisse faire défaut, et nous nous demanderons dès lors s'il est logique de fonder une théorie sur un signe dont la constance est loin d'être prouvée et dont l'un des représentants les plus illustres de l'école organicienne conteste la valeur? M. Andral, en effet, dans son *Étude des maladies pyrétiqes du tube digestif*, qui sont

pour lui les affections décrites jusqu'aux travaux de Broussais sous le nom de fièvres essentielles, divise ces maladies en trois classes. Or, dans la seconde série « sont exposés les cas dans lesquels, des symptômes semblables à ceux de la dothiémentérie ayant existé pendant la vie, l'on n'a trouvé cependant aucune trace de dothiémentérie, mais d'autres lésions de la membrane muqueuse gastro-intestinale, soit un simple érythème du plan muqueux, soit une injection spéciale des villosités, soit des ulcérations ayant leur siège ailleurs que dans les follicules de Peyer. » Quant au troisième article, il comprend les cas « où, bien que ce soient les mêmes symptômes qui aient été observés, on ne découvre plus de trace de lésion dans le tube digestif; mais ailleurs, dans différents organes, on trouve des altérations qui peuvent être regardées comme le point de départ de ces symptômes ¹ ». M. Chomel croit également à l'existence de fièvres typhoïdes sans lésion intestinale ² MM. Requin ³, Grisolles ⁴, Bazin ⁵, et M. Forget ⁶ lui-même, ont observé des faits à l'appui de cette opinion. A Montpellier, les observations sont également nombreuses; citons celles de MM. Bourrelly ⁷, Girbal ⁸, auxquelles nous

¹ Andral; *Clinique médicale*, 2^e édit., tom. III, pag. 4.

² Chomel; *Leçons de clinique médicale: Fièvre typhoïde*, pag. 528.

³ Requin; *Éléments de pathologie médicale*, tom. IV, pag. 51. 1863.

⁴ Grisolles; *loc. cit.*, tom. I, pag. 52.

⁵ Bazin; *Recherches sur les lésions du poumon considérées dans les affections morbides dites fièvres essentielles*. (Thèse inaugurale, pag. 19.)

⁶ Forget; *Preuves cliniques de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde*. (*Gazette médicale*, année 1854, nos 42 et 43.)

⁷ *Compte-rendu des principaux faits observés à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Éloi*, 1849, pag. 32.

⁸ Girbal; *Étude anatomo-pathologique sur les fièvres graves dites typhoïdes*, pag. 65. 1851.

pourrions ajouter les résultats de notre expérience personnelle.

Un fait encore plus important au point de vue qui nous occupe, c'est la présence de cette même altération prétendue spécifique dans d'autres maladies que la fièvre typhoïde, en particulier dans la scarlatine. Or, MM. Rayer, Louis, Requin,¹ Griesinger², affirment l'avoir rencontrée dans ce dernier état.

Que conclure de tous ces faits, qui seront plus tard appuyés par de nouvelles preuves, sinon que la lésion malgré sa constance, ne peut suffire à caractériser la fièvre typhoïde? Or, ce point d'appui enlevé, tout l'échafaudage s'écroule : la fièvre typhoïde n'est plus cette puissante unité englobant à son profit toutes les espèces pyrétologiques ; elle n'est simplement qu'une espèce ayant droit à une place particulière en pyrétologie, à côté des autres fièvres, qui conservent leur indépendance.

Pour reconnaître la nature d'une fièvre, ce n'est donc pas à un seul signe qu'il faudra s'adresser, c'est à l'analyse clinique qu'on devra avoir recours, c'est-à-dire à l'étude de toutes les conditions qui ont amené le développement de la maladie, à l'observation de tous les phénomènes qui la caractérisent, à l'étude enfin du critérium thérapeutique : *Naturam morborum curationes ostendunt*. Nous serons ainsi amené à reconnaître que plus d'une de ces nombreuses fièvres qui ont été regardées comme des dothiéntéries avaient bien au contraire une individualité distincte, étaient bien réellement

¹ Requin; *loc. cit.*, tom. III, pag. 341.

² Griesinger; *Traité des maladies infectieuses*, pag. 217.

des fièvres muqueuse, bilieuse, ataxo-adyamique, etc. Nous ne devons pas oublier du reste que ces différentes pyrexies ne s'accompagnent que très-rarement de la lésion des follicules intestinaux; il devient dès-lors impossible de nous contester l'existence de fièvres graves autres que la fièvre typhoïde.

Ces considérations établies, nous pouvons aborder l'étude historique de la fièvre typhoïde. La maladie décrite, il n'y a que peu d'années, sous ce nouveau nom, a existé de tout temps; ce fait ne saurait être contesté.

Hippocrate, d'après M. Forget, en aurait parlé dans ses *Coaques*; on doit cependant conserver encore quelques doutes à cet égard. Dans des temps plus rapprochés de nous, on trouve des descriptions plus exactes. Sims, par exemple, dans sa quatrième constitution, nous a laissé la relation d'une épidémie qui ne peut rapportée qu'à la fièvre typhoïde ¹ Mais devons-nous, comme on l'a fait généralement, ranger toutes les pyrexies décrites jusqu'à Prost parmi les dothiéntéries? Appuyé sur les principes que nous avons posés plus haut, nous répondrons hardiment par la négative: les altérations intestinales ont fait défaut dans un grand nombre d'entre elles, et, alors même que ces lésions ont pu exister, les causes, les symptômes, le traitement, tout nous dit que ces fièvres n'étaient pas des fièvres typhoïdes. Pour nous donc, la fièvre bilieuse de Lausanne n'est pas une fièvre typhoïde, comme l'ont prétendu M. Forget et tant d'autres après lui: elle est bien réellement une fièvre bilieuse; la fièvre mu-

¹ Sims; *Maladies épidémiques*, quatrième constitution.

queuse de Roederer et Wagler n'est pas autre chose qu'une fièvre muqueuse; la fièvre qui fut observée à Naples par Sarcone ne saurait non plus être rangée parmi les fièvres typhoïdes; nous pourrions en dire autant d'un grand nombre de fièvres observées par Pringle, Stoll, etc. Remarquons du reste que la manière incomplète dont sont souvent rédigées les observations, l'absence fréquente de toute ouverture cadavérique, doivent laisser subsister une grande incertitude sur la nature réelle de plusieurs de ces épidémies; aussi faut-il garder sur certaines d'entre elles une extrême réserve. Nous n'entrerons donc pas dans l'examen détaillé de chacune des pyrexies dont nos prédécesseurs ont laissé la relation, il nous suffit d'avoir, contrairement à l'opinion généralement reçue aujourd'hui, posé le principe de la multiplicité des fièvres graves.

Nous laisserons donc de côté l'étude de cette première période si obscure de la fièvre typhoïde; nous ne parlerons pas de Baillou et de ses fièvres dont l'origine est dans le mésentère, leur description pouvant aussi bien se rapporter aux fièvres muqueuses qu'aux typhoïdes; nous omettrons les travaux de Willis, qui paraît bien avoir observé les ulcères intestinaux et qui a été le premier à avoir émis l'idée du parallèle entre la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives; nous ne dirons rien des observations de Chirac, Baglivi, Hoffmann, Pringle, Stoll, Hildenbrand, etc., et nous arriverons à une période où nous trouverons plus d'exactitude dans les procédés scientifiques, plus de vérité dans les résultats acquis.

Prost, en 1804, publia un ouvrage¹ devenu célèbre,

¹ Prost; *Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps.*

dans lequel les fondements de la future fièvre typhoïde furent réellement posés ; le siège de la dothiésentérie y fut nettement établi. Peu après, en 1814, MM. Petit et Serres étudièrent une véritable fièvre typhoïde qu'ils appelèrent fièvre entéro-mésentérique et qu'ils regardèrent comme une irritation adynamique demandant l'emploi des toniques¹. Broussais ne put qu'appliquer à la fièvre typhoïde sa doctrine générale de l'irritation ; aussi ses travaux sur ce sujet n'ont-ils pas beaucoup servi à élucider la question encore nouvelle de la fièvre typhoïde. Il n'en fut pas de même des recherches de Bretonneau² ; le nom de dothiésentérie (pustule de l'intestin), donné par le savant médecin de Tours à la maladie qu'il observait, indique la tendance de ses travaux ; il place décidément le siège de l'affection typhoïde dans les plaques de Peyer, il en décrit avec un soin minutieux les lésions, étudie la contagiosité de la dothiésentérie et reprend le parallèle de Willis entre la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives. Si quelques-uns des points de la doctrine de Bretonneau peuvent être admis, il n'en saurait être de même du fait principal ; sa théorie de la fièvre typhoïde doit être complètement rejetée.

M. Louis³ étudie les altérations intestinales encore mieux qu'on ne l'avait fait avant lui ; il crée le mot fièvre typhoïde⁴, fait consister cette affection dans une

¹ Petit et Serres ; *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*.

² Bretonneau ; *Archives générales de médecine*, septembre 1829. — Trousseau ; *idem*, janvier et février 1826.

³ Louis ; *loc cit.*

⁴ Quelques auteurs font cependant remonter l'origine de ce mot à Neuman (de Berlin).

lésion profonde et spéciale des plaques elliptiques de l'intestin grêle, la rapproche des maladies éruptives et inflammatoires, mais reconnaît qu'elle s'écarte de toutes les maladies connues par plusieurs caractères fondamentaux. Cette dernière conclusion et le rapprochement de la fièvre typhoïde avec les maladies éruptives sont les seuls points que nous puissions admettre. A la partie principale de la doctrine de M. Louis, nous opposerons les mêmes arguments que nous avons déjà reproduits.

M. Forget¹ veut être plus localisateur que ses prédécesseurs, et, en définitive, peut-être l'est-il moins. La fièvre typhoïde devient pour lui l'entérite folliculeuse : « L'entérite folliculeuse, dit-il, est définie par elle-même, c'est-à-dire que la lésion qu'elle désigne en est le caractère fondamental. L'entérite folliculeuse est l'inflammation des follicules intestinaux, comme la pneumonie est l'inflammation du poumon² » Plus loin il ajoute que l'état typhoïde est un attribut commun à des lésions très-variées³; ailleurs encore, en parlant d'une pneumonie typhoïde survenue chez une femme, il dit : « N'est-il pas plus rationnel d'admettre que cette femme a pris accidentellement une pneumonie, qui est devenue typhoïde parce que le sujet était usé par l'âge, la fatigue, la misère? » Enfin, dans un autre endroit, M. Forget nie la nécessité d'une lésion appréciable des tissus, et se contente d'une altération primitive des liquides : « Une altération primitive des liquides, dit-il, une intoxication du sang, par exemple, peut revêtir l'aspect typhoïde. Tels sont peut-

¹ Forget; *Traité de l'entérite folliculeuse*. Paris, 1841.

² Ibid.; *loc. cit.*, pag. 67.

³ Ibid.; *loc. cit.*, pag. 70.

être certains cas de *typhus siderans*, qui tue le malade avant le développement de lésions viscérales appréciables¹ » L'entérite folliculeuse disparaît donc devant les conditions générales, qui conservent le premier rang dans la pathogénie de la fièvre typhoïde.

M. Chomel reconnaît que la lésion ne peut expliquer la maladie, il se rejette sur une altération indéterminée, il est vrai, des nerfs et du sang, mais plus particulièrement des liquides²; c'est là évidemment un progrès sur les doctrines précédentes.

M. Grisolle³ admet aussi que la lésion est consécutive à un état général; enfin, M. Requin⁴ établit la spécificité de la maladie.

Nous pourrions encore citer dans la même époque les noms de médecins dont les opinions se rapprochent plus ou moins de celles que nous venons d'étudier; rappelons seulement ceux de MM. Cruveilhier, Bouillaud, Delaroque, Beau, et Trousseau, dont les leçons plus récemment publiées méritent une mention spéciale⁵

Enfin, plus près de nous encore, les recherches thermométriques ont été le point de départ de nouvelles études qui ont abouti à des conclusions également nouvelles sur la marche de la maladie; Wunderlich, Thomas, Griesinger ont été en Allemagne les initiateurs de ce mouvement, qui a été plus particulièrement suivi en France

¹ Forget; *loc. cit.*, pag. 89.

² Chomel; *Leçons de clinique médicale: Fièvre typhoïde*, pag. 538.

³ Grisolle; *loc. cit.*, tom. I, pag. 53.

⁴ Requin; *loc. cit.*, tom. IV, pag. 55.

⁵ Trousseau; *Leçons de clinique médicale*, tom. I, pag. 136.

par MM. Jaccoud¹ Sée², etc. Nous aurons plus d'une fois l'occasion de revenir sur ces travaux.

Les opinions des divers auteurs qui se sont occupés de la fièvre typhoïde étant maintenant connues, il nous sera plus facile de formuler notre manière de voir.

Définition. — La fièvre typhoïde est une fièvre essentielle, dont l'évolution ne peut généralement être arrêtée, portant une impression profonde sur les forces de la vie, ayant des caractères parfaitement tranchés, dont les principaux sont la multiplicité des fluxions qu'elle provoque, l'existence de taches rosées sur la peau, et l'altération des follicules intestinaux.

Justifions chacun des termes de cette définition, qui se rapproche à plusieurs égards de celle adoptée par M. le professeur Combal³.

« La fièvre typhoïde est une fièvre essentielle. » Les considérations dans lesquelles nous sommes déjà entré, que nous aurons dans la suite l'occasion de développer, nous prouvent en effet que la dothiéntérie, ne trouvant encore la raison de son existence dans aucune lésion appréciable des tissus ou des liquides de l'organisme, doit être considérée, dans l'état actuel de la science, comme existant par elle-même, étant essentielle.

« Dont l'évolution ne peut généralement être arrêtée. » C'est là un fait que les vains efforts des plus hardis prati-

¹ Jaccoud ; *Leçons de clinique médicale*, pag. 567. Paris, 1867.

² Sée ; *Bulletin thérapeutique*, tom. I, 1864.

³ Combal ; *La fièvre typhoïde est-elle une fièvre essentielle? a-t-elle des caractères spéciaux qui la distinguent des autres espèces morbides?* (Thèse inaugurale.)

ciens établissent parfaitement; semblable en cela aux fièvres éruptives, la fièvre typhoïde doit fatalement évoluer et parcourir toutes ses périodes.

« Portant une impression profonde sur les forces de la vie », l'étude de la fièvre typhoïde ne nous prouvera que trop la vérité de cette assertion; cette impression se traduit dès le début par la stupeur, l'abattement, la contraction des traits de la face, etc.; elle doit, dans un délai plus ou moins long, conduire le malade à l'adynamie la plus profonde. Cette sidération primitive des forces constitue, même pour nous, un des caractères principaux de la fièvre typhoïde.

Parmi tous les termes de cette définition, il n'en est cependant encore aucun qui puisse servir à spécifier la fièvre typhoïde: chacun d'eux, en effet, pourrait aussi bien s'appliquer aux fièvres éruptives graves par exemple; aussi est-il nécessaire d'ajouter que la dothiéntérie a des caractères spéciaux dont les principaux sont les suivants:

« La multiplicité des fluxions qu'elle provoque. » Nous avons vu, en effet, les affections précédemment étudiées porter plus spécialement leur action sur tel ou tel système, telle ou telle grande cavité splanchnique; ici, toutes les cavités, tous les systèmes, sont atteints, toutefois à des degrés différents. Dans l'abdomen, ce sont des altérations de la muqueuse gastro-intestinale, des ganglions mésentériques et de la rate; dans la poitrine, nous trouvons des lésions pulmonaires variées, bronchite, pneumonie hypostatique, etc.; à la tête, les phénomènes nerveux s'accompagnent d'un état de congestion plus ou moins marqué; la peau est le siège d'éruptions, d'es-

chares, etc. ; les fluxions sont donc multiples, générales.

« L'existence de taches rosées » doit être mentionnée comme un des signes les plus précieux pour reconnaître la fièvre typhoïde sur le vivant, « et l'altération des follicules intestinaux » comme un excellent moyen pour la distinguer après la mort.

Quant à l'expression fièvre typhoïde, nous la préférons à toute autre, d'abord parce que c'est celle qui est le plus généralement employée ; ensuite parce que, ne faisant allusion qu'à un des symptômes les plus fréquents de la maladie (τῦφος, stupeur), elle ne présage rien sur sa nature, contrairement aux dénominations : entérite folliculeuse, dothiéntérie¹, etc.

Étiologie. — Nous ne savons que fort peu de chose sur ce sujet : l'étiologie n'est généralement pas la partie la plus riche de nos connaissances ; mais, pour la fièvre typhoïde, nous sommes même plus pauvres que d'habitude, tout au plus connaissons-nous quelques-unes des conditions dans lesquelles la maladie se développe. Mais ces conditions, communes à un très-grand nombre d'individus, ne peuvent être considérées comme de véritables causes, et nous sommes bien forcés d'admettre chez les sujets atteints une disposition particulière et inconnue dans son essence.

On a invoqué, comme causes prédisposantes, la jeunesse et plus particulièrement l'âge compris entre 18 et 35 ans. Des faits assez nombreux prouvent cependant

¹ S'il nous arrive quelquefois d'employer l'expression dothiéntérie, ce ne sera uniquement que pour éviter des répétitions trop fréquentes des mots fièvre typhoïde.

qu'on peut observer la fièvre typhoïde après cette limite : M. Valleix l'a constatée chez un homme de 61 ans¹, et M. Lombard (de Genève) chez une femme de 73² ; chez les enfants, d'après MM. Rilliet et Barthez³, c'est surtout de 9 à 14 ans qu'elle se manifeste ; d'après M. Charcellay⁴, elle pourrait même attaquer les nouveau-nés.

Quant au sexe, on ne sait rien de bien positif ; cependant nos observations nous porteraient à croire que les hommes sont plus sujets à la fièvre typhoïde que les femmes, ce qui s'explique par leur genre de vie, qui leur fait plutôt rechercher les conditions dans lesquelles la fièvre typhoïde se développe.

Les individus forts, robustes, paraissent plus particulièrement exposés. Le changement d'habitudes, l'acclimatement, ont été donnés comme les principales causes de la fièvre typhoïde ; ce fait paraît confirmé par les observations de Petit et Serres, de Chomel, de M. Louis, qui ont remarqué que dans les hôpitaux les sujets atteints de fièvre typhoïde étaient presque toujours des individus nouvellement arrivés à Paris. Et quand on songe, en effet, aux différences profondes qui séparent la vie calme et uniforme des petites villes ou des campagnes, et la vie sans cesse agitée de la capitale ; aux modifications qui surviennent dans la nourriture, dans l'air que l'on respire, etc., on comprend facilement qu'une perturbation notable s'ensuive ; le système nerveux, les fonctions digestives, tout a été impressionné par les nouvelles causes

¹ *Union médicale*, 1853, n° 66.

² *Gazette médicale*, 1853, pag. 592.

³ Rilliet et Barthez ; *loc. cit.*, tom. II, pag. 713.

⁴ *Archives générales de médecine*, tom. IX, cité par Requin.

qui ont agi sur chacun de ces systèmes ; la maladie porte l’empreinte de cette diversité étiologique, et ses effets sont également multiples.

Ce qu’on a dit de l’encombrement, de l’insuffisance de l’alimentation, de l’excès de travail, du surménagement, est bien moins prouvé ; ces conditions favorisent plutôt le développement du typhus que de la fièvre typhoïde.

Griesinger, considérant la fièvre typhoïde comme une maladie essentiellement infectieuse, a attaché un soin tout particulier à l’étude du miasme producteur de la maladie ; mais ses efforts, quoi qu’il en dise, ne nous paraissent pas avoir suffisamment abouti. Ce n’est pas en effet parce que l’on aura pu constater dans certaines circonstances où la fièvre typhoïde frappe uniquement les habitants d’une même maison, l’existence d’émanations putrides provenant des fosses d’aisance, surtout quand les excréments sont restés longtemps en stagnation dans les cloaques, dans les égouts, ou bien parce que dans d’autres cas on aura vu la fièvre typhoïde se déclarer à la suite de l’usage d’une eau d’un puits communiquant avec une fosse d’aisance, etc. ¹, que l’on sera en droit d’affirmer qu’on a trouvé la cause de la maladie, qu’on a découvert la nature du miasme. Que de circonstances en effet dans lesquelles on ne peut rien observer de semblable ! Ce qu’il y a de vrai, c’est que le plus souvent, à la vérité, les mauvaises conditions hygiéniques ont une action incontestable, mais que presque toujours aussi à ces conditions viennent s’en ajouter d’autres, tirées de l’état moral, des souffrances physiques, etc., des individus qui sont frappés. C’est ainsi

¹ Griesinger ; *loc. cit.*, pag. 193.

que dans l'épidémie que nous avons observée l'été dernier sur les soldats de notre garnison, nous avons dû faire la part, aussi bien de l'agglomération considérable d'hommes dans des casernements trop étroits, que de l'état moral dans lequel se trouvaient nos malheureux soldats, vaincus d'hier, ayant supporté toutes les souffrances d'un long exil, et, au moment où ils espéraient rentrer dans leurs foyers, retenus encore dans leurs garnisons par les nécessités de la défense intérieure.

La fièvre typhoïde est commune à tous les climats; on l'observe en Europe, dans l'Amérique du Nord; les médecins militaires l'ont fréquemment constatée en Algérie; elle a été également vue en Égypte et sous les tropiques; les chirurgiens de marine, M. Brassac en particulier, l'ont observée aux Antilles¹. Toutefois, d'après le docteur Richter, cité par Requin², les pays baignés par l'océan Atlantique, le Portugal, l'Espagne, la France, l'Angleterre, l'Écosse et l'Irlande, sont ceux où la fièvre typhoïde sévit avec le plus d'intensité; elle est moins commune en Italie, en Allemagne, en Norwège, en Suède, en Danemark; en Russie, elle semble disparaître peu à peu à mesure qu'on se rapproche de la frontière asiatique.

Quant aux saisons, c'est surtout en automne, époque des maladies adynamiques, que la dothiéntérie apparaît.

Devons-nous reprendre la question, soulevée par M. Boudin, d'un prétendu antagonisme entre la fièvre typhoïde et les fièvres intermittentes? La question est aujourd'hui jugée: les travaux des médecins militaires ont prouvé

¹ Thèses de Montpellier, 1863, n° 61.

² Requin; *loc. cit.*, tom. IV, pag. 60.

qu'en Algérie la fièvre typhoïde se montrait à côté des fièvres intermittentes ; nos propres observations démontrent également la coexistence des deux états morbides sur le littoral de la Méditerranée.

Examinons enfin la question de la contagion de la fièvre typhoïde. Les arguments n'ont pas manqué aux anti-contagionnistes ; des faits nombreux ont été fournis par leurs adversaires. Tous les jours, disent les premiers, on voit des individus donner leurs soins à des sujets atteints de fièvre typhoïde, et cependant ils ne contractent pas la maladie ; dans les hôpitaux, en particulier, les cas de contagion sont très-rares. Faisons tout d'abord remarquer que ces faits peuvent en grande partie être expliqués par des raisons bien simples : les malades d'un hôpital trouvent en effet souvent, dans l'affection même dont ils sont actuellement atteints, une espèce d'immunité qui les met à l'abri de toute autre maladie ; la nature ne se laisse pas facilement distraire de l'opération qu'elle est en train d'effectuer ; et puis, une atteinte antérieure, l'âge des individus, ne peuvent-ils pas les préserver d'une maladie qui n'attaque l'homme qu'une fois dans la vie, et qui choisit une certaine époque de l'existence pour se manifester ? Du reste, la même chose ne se passe-t-elle pas pour la variole, et personne a-t-il jamais songé à nier les propriétés contagieuses de cette maladie ?

Mais à côté de ces raisons, les contagionnistes présentent des faits, et les faits s'imposent : il faut les accepter. Or, les exemples de contagion de la fièvre typhoïde sont devenus aujourd'hui assez communs. M. Bretonneau en a communiqué de très-concluants ; les observations faites dans les hôpitaux anglais et rapportées par

Chomel¹ ne peuvent laisser aucun doute à cet égard; le fait si connu et si probant de La Flèche pourrait à lui seul juger la question; enfin, les observations de Putegnat, Forget, Lombard, Gendron, Piedvache, de MM. Bourrely², Barre³, à Montpellier, de Griesinger en Allemagne et en Suisse⁴, viennent encore à l'appui de l'opinion de la contagion de la fièvre typhoïde. Si tous les médecins n'ont pas eu la même manière de voir, c'est que la question a été mal posée; on ne se fait pas généralement une juste idée de la contagion: on veut la regarder comme un fait constant, nécessaire; tandis que, semblable à tous les faits vitaux, elle est au contraire essentiellement contingente de sa nature, ainsi que l'a parfaitement établi M. le professeur Anglada⁵. La contagion suppose deux facteurs aussi indispensables l'un que l'autre: le facteur externe, le virus, et le facteur interne, la disposition individuelle. Or celui-ci, par suite de conditions connues, comme dans les faits que nous rappelions plus haut, ou complètement inconnues, peut manquer, et alors le virus, ne trouvant plus un terrain convenable pour se développer, ne produit pas ses effets habituels. Toutes les maladies ne possèdent pas, du reste, la faculté contagieuse au même degré; il en est d'essentiellement contagieuses, les fièvres éruptives sont dans ce cas; dans d'autres, cette propriété est moins développée, telles sont la fièvre typhoïde, la diphthérie, etc.

¹ Chomel *loc. cit.*, pag. 329 et suiv.

² Bourrely; *loc. cit.*

³ Cité par Anglada; *Traité de la contagion*, tom. I, pag. 123. Montpellier, 1853.

⁴ Griesinger; *loc. cit.*, pag. 182.

⁵ Anglada; *loc. cit.*

Il devient dès lors, dans cette doctrine, impossible de nier la contagiosité de la fièvre typhoïde.

Symptomatologie. — Des prodromes qui, par leur nature, font déjà présager la gravité de la maladie, précèdent la plupart du temps le début de la fièvre typhoïde. M. Chomel dit ne les avoir rencontrés que trente-neuf fois sur cent douze malades¹ ; cette proportion nous paraît au-dessous de la réalité. Ils se caractérisent par les phénomènes suivants : le sujet ressent un malaise indéfinissable, est triste, abattu, incapable de tout travail ; il éprouve un sentiment de faiblesse qui prendra plus tard de très-grandes proportions ; sa physionomie est abattue et commence déjà, dans certains cas, à prendre ce caractère de stupeur qu'elle conservera pendant tout le cours de la maladie ; le malade a des frissonnements, de la céphalalgie, de l'inappétence, quelquefois de la diarrhée ; cependant aucun de ces symptômes n'est encore caractéristique. Cet état a une durée très-variable, sa limite extrême est de quinze jours.

Invasion. — Les phénomènes qui marquent l'invasion sont les suivants : frisson généralement assez intense, suivi de chaleur très-vive ; céphalalgie violente ; la face prend un caractère tout particulier qui est très-utile pour le diagnostic de la fièvre typhoïde ; les traits se tirent, expriment la stupeur ; la contractilité musculaire est considérablement diminuée ; les malades sont incapables de tout mouvement et sont obligés de se faire transporter à

¹ Chomel ; *loc. cit.*, pag. 5.

l'hôpital (Chomel); enfin, des douleurs abdominales accompagnées de diarrhée apparaissent; quelquefois, mais bien rarement, ce sont des convulsions qui ouvrent la scène. Ces divers symptômes peuvent exister isolément ou simultanément.

La maladie, une fois déclarée, va évoluer dans un temps plus ou moins long; pour faciliter son étude, les auteurs ont voulu lui assigner des périodes distinctes, qu'ils ont établies sur des bases essentiellement différentes. C'est ainsi que Hamerynk, suivi en cela par Griesinger, a séparé la dothiéntérie en deux phases particulières qu'il fonde sur l'évolution des lésions anatomiques. « La première période appartient au développement progressif et au maximum d'intensité du processus typhoïde; tous les actes morbides qui se produisent dans ce temps doivent être, dans la grande généralité des cas, attribués entièrement à ce processus; des complications et affections secondaires (pneumonie par exemple) peuvent se développer; elles sont alors étrangères au processus typhoïde. Envisagée au point de vue anatomique, cette période correspond d'une manière générale à l'infiltration et à l'ulcération des plaques de Peyer; au point de vue symptomatologique, aux symptômes essentiels du typhus et au maximum de l'état fébrile. La deuxième période appartient au retour du processus typhoïde et au changement qu'il amène dans les organes; au point de vue anatomique, elle correspond à l'ulcère intestinal et à sa guérison. Le processus typhoïde lui-même est maintenant terminé, mais tous les actes morbides n'ont pas cependant cessé pour cela: les symptômes de la maladie ne disparaissent pas subitement, mais lentement; la fièvre

diminue peu à peu, et elle peut augmenter de nouveau d'une manière passagère, à la suite de causes connues ou inconnues ; c'est alors aussi qu'on voit se développer surtout ces lésions secondaires, nombreuses et nouvelles, tout à fait étrangères à l'essence du processus typhoïde¹.» Cette division ne nous paraît nullement pratique : la lésion de l'intestin est trop profondément cachée pour qu'on puisse en suivre sur le vivant les différentes phases. Qu'on établisse ces distinctions pour les altérations des organes de la cavité thoracique, nous le comprenons ; pour celles de l'abdomen, c'est tout à fait impossible, et, du reste, c'est donner à la lésion intestinale une importance que, nous l'avons vu, elle ne saurait avoir.

D'autres auteurs, Wunderlich, Thomas, Jürgensen, MM. Jaccoud, Sée, Hirtz, etc., ont voulu établir les périodes de la fièvre typhoïde d'après la marche de la température, et lui ont ainsi assigné trois stades différents. «Le premier conduit graduellement la température au maximum qu'elle doit présenter ; l'oscillation du soir au matin est en général de 5 dixièmes de degré : c'est la période des oscillations ascendantes. Dans le second stade, la température se maintient au voisinage du maximum précédent ; les rémissions par lesquelles elle oscille autour de ce point fixe sont comprises entre 1 et 8 dixièmes de degré ; il n'y a pas d'ascension d'un jour à l'autre : c'est la période des oscillations stationnaires. Dans le troisième stade, il y a un déclin d'un jour à l'autre, et les rémissions quotidiennes se prononcent de plus en plus, de sorte que l'écart du soir au matin est compris entre 8 dixièmes de

¹ Griesinger ; *loc. cit.*, pag. 201.

degré et trois degrés : c'est la période des oscillations descendantes' .» Nous ne saurions davantage admettre cette division : la température, quelque importance qu'on lui accorde, n'est après tout qu'un symptôme, et nous ne comprendrions pas qu'on voulût établir la marche d'une maladie aussi complexe que la fièvre typhoïde sur un seul et unique signe. Du reste, faudrait-il au moins que la vérité de ces lois fût parfaitement démontrée : or nous verrons, au chapitre du diagnostic, qu'elles sont plus d'une fois en défaut ; il nous suffira en ce moment de signaler l'erreur dans laquelle est tombé M. Jaccoud, en affirmant que dans la seconde période les oscillations se maintiennent entre 1 et 8 dixièmes de degré. Que de fois en effet n'avons-nous pas vu des rémissions plus considérables se présenter dans le cours de cette période !

Nous préférons donc encore suivre les anciens errements et, malgré ce que cette division peut avoir d'arbitraire, distinguer les périodes de la fièvre typhoïde d'après l'ensemble de ses symptômes. Nous reconnaitrons ainsi trois stades distincts : 1° une période initiale, qu'il est difficile de caractériser, car, suivant les expressions de M. Monneret, la fièvre typhoïde présente la synthèse de tous les éléments des maladies; 2° une période ataxo-adynamique ; 3° la confirmation de la période précédente ou le retour à la santé.

1° L'aspect général du malade frappe tout d'abord le médecin : le sujet est couché sur le dos, position la plus favorable à son état de faiblesse extrême ; sa physionomie exprime l'hébétude, la stupeur ; en même temps existe

¹ Jaccoud ; *loc. cit.*, pag. 574.

une paresse intellectuelle très-grande ; le patient, indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, ou à cause de l'obtusion déjà assez marquée de l'ouïe, ne répond que difficilement aux questions qu'on lui adresse. M. Beau, dans ses Leçons, a en outre attiré l'attention sur un phénomène particulier lié à l'émission de la parole : « C'est une contraction irrégulière, saccadée, comme convulsive, des petits muscles de la face qui entourent l'ouverture de la bouche, et qui a lieu chaque fois que le malade parle. Cette contraction se traduit par de petits tiraillements linéaires qui ont lieu sur la peau des lèvres et du menton, et qui y sont produits par les tractions des petits muscles peauciers sous-jacents ¹ » M. le docteur Boys de Loury, médecin de Saint-Lazare, a insisté sur le même fait ² Quand on assied le malade sur son lit, il éprouve des vertiges, des éblouissements, des tintements d'oreilles ; la céphalalgie, notée dans la période prodromique, continue avec une violence extrême ; il y a de l'insomnie ou un sommeil incomplet, avec des rêvasseries que le malade prend pour des faits réellement existants : c'est le coma vigil ; les sens sont plus ou moins obtus ; l'œil est sans expression et chassieux ; les narines sont sèches. Des douleurs vagues existent dans tout le corps ; elles affectent principalement les articulations, les membres et la région spinale. M. le docteur Fritz a insisté sur les symptômes spinaux qui, se montrant déjà à cette période, continuent avec plus ou moins d'intensité pendant tout le cours de la maladie ; ils consistent dans les douleurs

¹ *Gazette des hôpitaux*, 1853, n° 116.

² *Ibid.*, 1863, n° 149.

dont nous venons de parler, dans des troubles divers de la sensibilité et de la motilité : analgésie, anesthésie, sensation de pesanteur dans les extrémités inférieures, paralysie, spasmes, mouvements réflexes¹, etc.

Du côté du tube digestif, on constate les phénomènes suivants : la bouche est pâteuse, la langue collante, généralement rouge sur les bords et à la pointe, blanche, jaune à la base, caractères qui peuvent du reste varier suivant les formes ou mieux les complications de la fièvre typhoïde. A ces phénomènes s'ajoutent de l'inappétence, des nausées, des douleurs abdominales, du météorisme, de la diarrhée, dues aux altérations qui commencent à envahir la muqueuse intestinale, et du gargouillement siégeant dans la fosse iliaque droite ; ce siége spécial du gargouillement dans la fosse iliaque droite peut s'expliquer par l'accumulation des liquides et des gaz en ce point, accumulation produite elle-même par l'irrégularité du jeu de la valvule iléo-cœcale, aux environs de laquelle siègent les lésions des follicules, et qui est souvent elle-même recouverte d'ulcérations. La rate est, en général, augmentée de volume ; les urines sont rouges, chargées ; elles présentent quelquefois de l'albumine, sont habituellement plus chargées d'urates, et contiennent moins de chlorures.

Le pouls est très-fréquent, il varie entre 90 et 120 pulsations. Les autres caractères diffèrent suivant les complications que présente la fièvre ; c'est ainsi qu'on le trouvera fort, tendu, développé dans les dothiésentéries à complication inflammatoire ; déjà faible, petit, dépressible dans

¹ E. Fritz ; *Étude clinique sur divers symptômes spinaux observés dans le cours de la fièvre typhoïde*. Paris, 1864.

les fièvres foncièrement et primitivement adynamiques; petit, mais serré et concentré, si les phénomènes nerveux prédominent. Le sphygmographe dévoile un dirotisme très-marqué; c'est le seul caractère, quoi qu'on en ait dit, que cet instrument puisse nous faire connaître, les tracés différant en effet considérablement entre eux.

La chaleur est ordinairement élevée, sèche, âcre; c'est dans cette première période qu'on voit le thermomètre s'élever par des oscillations successives et atteindre son maximum, qui peut être de 41 degrés. M. Wunderlich a prétendu que la marche de la température à cette période était invariable, et il a érigé en lois les trois propositions suivantes: 1^o une maladie qui au second jour présente chez l'adulte une température voisine de 40 degrés, n'est pas une fièvre typhoïde; 2^o une maladie qui, après le soir du quatrième jour, ne présente pas une température supérieure à 39 degrés, n'est pas une fièvre typhoïde; 3^o enfin, une maladie qui, après le premier jour, présente une seule fois dans le premier septénaire une température normale, n'est pas non plus un typhus abdominal¹. On comprend l'importance que ces lois peuvent avoir pour le diagnostic; il s'agit seulement de savoir si elles ne sont jamais en défaut. Dans ce but, nous nous sommes livré à des recherches spéciales sur ce point²; nous avons pris ou fait prendre, lors de l'épidémie que nous avons observée à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi pendant l'été 1870, de nombreuses

¹ Jaccoud; *loc. cit.* pag. 571.

² Ces recherches ont été consignées avec les tracés, dans la thèse de M. Domec, interne des hôpitaux; on la consultera avec fruit. Voir thèses de Montpellier, n^o 75. *Étude-clinique de la fièvre typhoïde.*

températures, et nous avons le regret de dire que notre confiance dans la valeur des lois de Wunderlich a été considérablement amoindrie.

Sur la première loi, nous n'avons pas pu faire de bien nombreuses recherches, les malades n'entrant généralement à l'hôpital qu'après le second jour. Cependant, sur trois fièvres typhoïdes que nous avons pu observer avant cette époque, cette loi s'est trouvée une fois en défaut. Dans la plupart des cas, le *fastigium* était déjà atteint le troisième jour.

La seconde loi est vraie; mais il y a tant d'autres fièvres qui ne sont pas typhoïdes, et auxquelles elle peut également s'appliquer, que nous n'en comprenons plus l'utilité.

La troisième loi reste encore généralement vraie; cependant il nous serait facile de donner des tracés dans lesquels elle s'est trouvée en défaut¹

Ce que nous avons vu aussi, c'est que la température n'est pas toujours en parfait accord avec l'ensemble des symptômes de la maladie: qu'à des températures relativement basses correspondent souvent des fièvres typhoïdes très-graves; et réciproquement, que des dothiéntéries réellement bénignes sont caractérisées par une chaleur assez élevée. Il nous est donc impossible, tout en reconnaissant les services rendus par les recherches thermométriques, de leur accorder la valeur que d'autres ont voulu leur donner.

Revenons aux autres symptômes de la fièvre typhoïde. A cette première période, on rencontre encore des épis-

¹ Voir en particulier l'observation xxix^e de la thèse de M. Domec.

taxis plus ou moins rapprochées, plus ou moins abondantes, et nécessitant même quelquefois le tamponnement; le sang peut s'écouler par l'orifice postérieur des fosses nasales, il est alors rejeté par les crachats. Chez les femmes, l'hémorrhagie se fait souvent par les parties génitales. « Beaucoup de métrorrhagies, prises pour des menstruations anticipées, au début et dans le cours de maladies aiguës, dit M. Gubler, ne sont autre chose que de simples flux sanguins, comparables aux épistaxis initiales des fièvres¹ »

La respiration est précipitée; en auscultant la poitrine on entend des râles sibilants et ronflants; cette congestion bronchique ne produit pas toujours de la toux; d'autres fois cependant celle-ci existe et s'accompagne d'une expectoration de mucus, plus rarement de matières sanguinolentes.

A la fin de cette période, dont les manifestations multiples dénotent l'impression générale ressentie par le système vivant, quelquefois au commencement de la seconde, apparaît l'éruption que l'on peut dire spéciale à la fièvre typhoïde; elle consiste dans des taches rosées, rondes lenticulaires, de 1 à 5 millimètres de diamètre, sans élévation ou à peine élevées au-dessus de la peau, disparaissant sous la pression, siégeant particulièrement sur l'abdomen et la poitrine; leur nombre varie habituellement de 15 à 20; elles peuvent cependant tomber au-dessous de ce chiffre. Quelquefois aussi elles sont bien plus nombreuses, nous les avons vues même simuler une éruption

¹ Gubler; *Des épistaxis utérines simulant les règles au début des pyrexies et des phlegmasies*. (Mémoire lu à la Société de biologie.)

rubéolique. Elles apparaissent par éruptions successives, elles durent chacune de deux à cinq jours, et avant de disparaître prennent une coloration particulière qui leur a fait donner le nom de taches ombrées. Elles apparaissent ordinairement du septième au douzième jour ; M. Girbal ¹ ne les a cependant vues se manifester que le dix-neuvième jour. Contrairement à quelques auteurs, nous n'hésitons pas à regarder cette éruption comme propre à la fièvre typhoïde et presque comme son signe caractéristique ; c'est également l'opinion de MM. Grisolle ², Combal ³, etc. On ne saurait établir aucun rapport entre le nombre des taches et la gravité de la maladie; des fièvres typhoïdes légères, quoique parfaitement caractérisées, peuvent présenter plusieurs taches, tandis que des dothiéntéries très-graves n'en ont qu'un très-petit nombre. Quelquefois il existe aussi une autre éruption constituée par des taches d'une coloration bleuâtre. Ces taches bleues, d'après M. Trousseau ⁴, coïncident avec une bénignité très-grande de la maladie; il est cependant encore impossible d'établir aucun rapport entre ces deux faits. Ces taches, du reste, s'observent très-rarement ; dans la dernière épidémie qui a régné à Saint-Éloi nous ne les avons pas constatées une seule fois.

Cette période dure environ sept jours ; la mortalité est à cette époque très-peu chargée : d'après Chomel ⁵, il ne meurt que 1 malade sur 42.

¹ Girbal ; *Coup d'œil sur la pyrétiologie*. (Montpellier médical, tom. X, pag. 17.)

² Grisolle ; *loc. cit.*, pag. 31.

³ Combal ; *loc. cit.*, pag. 61.

⁴ Trousseau ; *Clinique médicale*, tom. I, pag. 159.

⁵ Chomel ; *loc. cit.*, pag. 27.

Deuxième période. — Elle est caractérisée par l'aggravation générale de la plupart des symptômes précédents, la disparition de quelques-uns d'entre eux, l'apparition de phénomènes nouveaux. La céphalalgie, les douleurs abdominales, arthritiques, musculaires, cessent, probablement parce que le malade n'a plus qu'une conscience très-affaiblie de lui-même et non par le fait même de la disparition des causes qui leur avaient donné naissance; les épistaxis disparaissent également. A côté d'un amendement aussi léger, quelle aggravation dans tous les phénomènes! ce sont plus particulièrement les troubles nerveux qui prennent une grande extension. La stupeur, la prostration, sont plus considérables; le malade, complètement inerté, laisse retomber les bras qu'on lui soulève; les sens deviennent encore plus obtus. Le délire apparaît, tantôt furieux, terrible, nécessitant l'emploi de la camisole de force; tantôt à l'état de subdelirium accompagné de crocidisme carphologie, entremêlé de coma. La paralysie envahit les muscles de la vie organique; la vessie laisse écouler ou retient l'urine; les matières fécales s'échappent aussi involontairement, et contribuent ainsi à la production des eschares au sacrum; quelquefois il y a dysphagie par suite de la paralysie des muscles du pharynx. M. Requin a même cité un cas d'asphyxie due à l'impuissance des muscles respirateurs¹. Dans d'autres cas beaucoup plus rares existent des convulsions généralement cloniques, quelquefois toniques; presque toujours il y a des soubresauts des tendons.

La langue devient sèche, se fendille, se rapetisse; elle

¹ Requin, *loc. cit.*, tom. IV, pag. 37.

se recouvre d'un mucus noirâtre qui tapisse également les lèvres et les dents ; c'est à cet enduit produit par le mucus buccal desséché, uni probablement aussi à un peu de sang exhalé par la muqueuse ulcérée, qu'on a donné le nom de fuliginosités. L'haleine est fétide, la soif moindre, la déglutition gênée, soit par la paralysie des muscles du pharynx, ainsi que nous l'avons déjà dit, soit par l'inflammation de l'arrière-gorge et le développement d'ulcérations en ce point. Le météorisme est plus marqué, visible à l'œil nu ; la diarrhée persiste. Le pouls est petit, dépressible, inégal, irrégulier, quelquefois intermittent ; sa fréquence est très-grande, elle dépasse 100 pulsations, peut atteindre le chiffre de 120 et 140, et aller même au-delà aux approches de l'agonie. Un signe que nous avons très-rarement vu manquer, ce sont les battements artériels de la région du cou, battements qui peuvent s'expliquer par un défaut de tension, et auxquels M. Parrot donne pour cause une insuffisance accidentelle et passagère de la tricuspide ¹ La chaleur reste toujours très-élevée ; le thermomètre oscille entre 39 et 41 degrés, il peut même dépasser ce chiffre. Constamment on constate des rémissions le matin plus ou moins marquées ; les observations faites dans notre service par M. Domec montrent que le maximum de la température correspond toujours à 9 heures du soir et le minimum à 10 heures du matin. Nous nous sommes également assuré que le pronostic était d'autant plus grave que la rémission était moins marquée ; l'élévation de la température devient du reste, à ce moment de la maladie, un signe des plus importants

¹ Parrot ; *Archives générales de médecine*, tom. I. 1867.

pour le pronostic. A cette période aussi, la congestion bronchique a augmenté ; des râles nombreux remplissent la poitrine ; des pneumonies hypostatiques peuvent même aggraver la situation.

Enfin apparaissent les sudamina, les pétéchies et les eschares. Les sudamina sont de petites vésicules hémisphériques, semi-transparentes, échappant souvent à la vue, mais facilement reconnaissables par le toucher ; elles occupent la poitrine et le cou, très-rarement les membres ; elles contiennent une sérosité limpide et disparaissent par exfoliation ; elles n'ont enfin aucune valeur au point de vue du diagnostic et du pronostic ; on les rencontre en effet dans d'autres affections : la scarlatine, la suette, etc.

Les pétéchies sont de petites ecchymoses semblables à des piqûres de puce répandues sur toute la surface du corps ; elles sont le signe de l'adynamie la plus profonde ; elles ne se rencontrent du reste qu'exceptionnellement dans la fièvre typhoïde, elles sont au contraire bien plus fréquentes dans le typhus.

Les eschares, que l'on retrouve aussi dans toutes les maladies adynamiques, siègent principalement sur les saillies de la surface du corps qui servent de point d'appui ; elles sont surtout communes dans la région sacrée, où leur développement est encore favorisé par le séjour de l'urine et des matières fécales ; on les observe également aux trochanters, aux talons, aux coudes, plus rarement à l'occiput ; en ce point, ce n'est souvent qu'après la mort qu'on constate l'étendue du mal. La mortification des parties extérieures envahit souvent les plaies produites par les vésicatoires, les points sur lesquels avaient été appliqués des sinapismes. Dans certains cas aussi, mais

très-rarement, quoi qu'en dise le docteur Patry¹, des gangrènes spontanées envahissent les membres; elles seraient, d'après l'auteur que nous venons de citer, produites par l'inflammation des artères. Des embolies peuvent produire le même résultat.

Citons enfin l'engorgement, l'inflammation des parotides, phénomènes communs, du reste, à toutes les fièvres graves.

La durée de cette période est indéterminée; la mortalité y est assez élevée.

Troisième période. — Elle est constituée par l'aggravation de tous les phénomènes précédents ou par leur diminution progressive, suivant l'issue de la maladie. C'est à cette époque que surviennent la plupart des décès.

Dans le premier cas, on voit successivement le coma devenir plus profond : il est dès lors impossible d'éveiller l'attention du malade; la parole s'embarrasse, est tout à fait inintelligible; la langue se sèche, se racornit davantage; le pouls est très-petit, filiforme, plus irrégulier et plus inégal. La température peut présenter deux types bien distincts : ou bien elle se maintient constamment au-dessus de 40° et s'élève de plus en plus jusqu'à 41 et même 42° (stade hyperpyrétique de Wunderlich); ou bien au contraire elle descend de plus en plus jusqu'à 38, 37 et même 36° (stade asphyxique de quelques auteurs). Ces derniers cas coïncident avec la cyanose et l'algidité, toujours plus marquées aux extrémités. Il n'y a du reste aucun rapport à établir entre l'existence de ce stade dit asphyxique et la

¹ *Archives générales de médecine*, février 1863.

présence des complications pulmonaires ; celles-ci peuvent être très-étendues, alors que cependant la température reste très-élevée ¹ L'amaigrissement est rapide, les yeux se cavent, les traits se tirent, la face prend cet aspect particulier connu sous le nom de faciès hippocratique ; les eschares s'étendent; enfin la mort vient mettre un terme à ces souffrances. Quelquefois le dénouement arrive d'une manière plus brusque : une péritonite sur-aiguë, due à une perforation intestinale, se déclare et emporte le malade en quelques heures.

Si la maladie doit au contraire avoir une terminaison heureuse, on voit graduellement s'amender tous les phénomènes; il n'y a pas de crise, quoi qu'en aient dit les anciens. La crise en effet, nous l'avons déjà fait observer, est un effort qui demande toujours un certain degré de conservation des forces, qui ne peut par conséquent pas exister à une période aussi avancée de la fièvre typhoïde, alors que le malade est déjà épuisé par la lutte qu'il vient de soutenir. La physionomie reprend peu à peu son aspect, son animation; le délire disparaît, l'intelligence renaît, et avec elle le retour à la vie extérieure; la langue s'humecte, la diarrhée cesse, les muscles recouvrent leur contractilité, les plaies se cicatrisent, et le malade marche, après vingt, trente jours de souffrances et même davantage, vers une convalescence toujours très-pénible.

Convalescence. — La marche de la convalescence est ordinairement entravée par des accidents de diverse nature ; les forces ne reviennent que difficilement,

¹ Voir la thèse déjà citée de M. Domec, pag. 65.

alors même que l'appétit a complètement reparu ; les cheveux tombent, les jambes s'infiltrent, l'œdème peut aussi envahir d'autres points du corps ; quelquefois même une ascite, une anasarque se déclarent. Quoique l'albuminurie soit un fait fréquent dans le cours de la fièvre typhoïde, l'examen de l'urine, d'après M. Trousseau¹, ne fait jamais constater à cette époque la présence de l'albumine. Dans certaines circonstances, on voit survenir un phénomène qui attire bien vite l'attention par sa gravité apparente, mais non réelle : c'est le délire. Il peut varier dans ses manifestations : on l'a vu prendre les caractères d'une véritable folie, d'une monomanie, etc. M. Piédagnel avait cru pouvoir le rattacher à l'inflammation des centres nerveux ; MM. Trousseau², Dupré³, l'ont, avec bien plus de raison, rapporté à la faiblesse, à l'épuisement du malade, d'où le nom de délire analeptique qui lui a été donné par le professeur de Montpellier. La thérapeutique justifie cette manière de voir : c'est en effet par les toniques, par un régime reconstituant, analeptique, que l'on traite et l'on guérit cet accident. Pendant la convalescence, peut enfin se déclarer une tuberculisation pulmonaire qui, dans ces circonstances, suit généralement une marche rapide.

Rechutes. — Si la fièvre typhoïde ne récidive habituellement pas, caractère qui la rapproche des fièvres éruptives, elle n'est pas à l'abri des rechutes. Après une imprudence, un écart de régime par exemple, on peut voir revenir les

¹ Trousseau ; *Clinique médicale*, tom. I, pag. 193.

² Trousseau ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 189.

³ Dupré ; *Du régime dans les maladies aiguës.* (Thèse de concours.)

accidents primitifs, et dans ces cas ils affecteront presque toujours une gravité plus grande et une marche plus rapide.

Anatomie pathologique. — Les altérations anatomiques ont surtout été bien étudiées par M. Louis ; les travaux postérieurs n'ont rien pu ajouter à l'exactitude de ses descriptions. Les lésions caractéristiques siègent dans l'intestin. La muqueuse, d'une coloration habituellement blanche, peut être teinte en jaune par la bile ; plus souvent elle est rouge ; cette rougeur se présente sous l'aspect pointillé ou sous celui de fines arborisations. La consistance est quelquefois normale ; dans les trois quarts des cas cependant, la muqueuse est ramollie. L'intestin est habituellement distendu par des gaz, et laisse voir intérieurement des plaques de couleur variable ; si l'on presse en ce point, on sent des duretés, des inégalités qui correspondent aux follicules de Brunner, aux plaques de Peyer, siège des altérations spéciales de la fièvre typhoïde.

Les follicules de Brunner sont de petites glandules solitaires, répandues en grand nombre dans toutes les parties de l'intestin grêle, plus isolées dans le gros intestin ; ils ont un aspect bursiforme ; leur centre est marqué par un point très-petit qui correspond à l'orifice rétréci de la glande.

Les plaques de Peyer, contenues dans l'épaisseur de la muqueuse, sont constituées par l'agglomération de glandules ; elles sont elliptiques, leur grand diamètre étant dirigé suivant la longueur de l'intestin ; elles sont criblées de trous ou de petites dépressions qui correspondent à l'orifice d'un follicule, et qui donnent à la plaque un aspect gaufré ; on les trouve généralement sur le bord

opposé au mésentère, quelquefois sur les faces latérales, jamais sur le bord mésentérique. Elles sont d'autant plus serrées qu'on se rapproche plus de la valvule iléo-cœcale; leur nombre varie de vingt à trente, et quelquefois il dépasse ce chiffre. Les plaques de Peyer ne sont pas toujours visibles à l'œil nu, il faut qu'elles aient subi un commencement de désorganisation pour être bien distinctes.

Les altérations des glandes intestinales ne commencent à apparaître que du quatrième au cinquième jour; telle est l'opinion de Bretonneau, de Requin¹, de M. Trousseau². M. Lombard (de Genève) a cité le fait d'un individu atteint de fièvre typhoïde, mort au quatrième jour, à la suite d'une chute faite d'un troisième étage, et chez lequel on ne trouva aucune lésion³. Les altérations intestinales se présentent sous deux aspects différents, suivant qu'elles siègent sur les follicules de Brunner ou sur les plaques de Peyer: les premières revêtent la forme de grosses pustules coniques; les glandes agminées sont plus volumineuses, ont de trois à neuf centimètres de long sur deux ou trois de large; elles font dans l'intestin une saillie de un à neuf millimètres. Toutes les plaques ne sont pas forcément altérées, quelquefois on n'en trouve que deux ou trois; la plupart du temps leur nombre est beaucoup plus considérable, on en a compté jusqu'à trente. Elles siègent naturellement dans les points les plus rapprochés de la valvule de Bauhin, et peuvent même la recouvrir

¹ Requin; *loc. cit.*, tom. IV, pag. 44.

² Trousseau; *loc. cit.*, tom. I, pag. 139.

³ Combal; *loc. cit.*, pag. 16.

complètement ou en partie. Leur couleur varie du blanc mat au rouge noirâtre.

L'altération se manifeste d'abord par une tuméfaction des glandes isolées et agminées; celles-ci peuvent se présenter sous deux formes différentes, les plaques molles et les plaques dures; les faits ne permettent pas d'établir un rapport quelconque entre la forme particulière de la lésion et la gravité de la maladie.

Les plaques molles consistent dans la turgescence ou le ramollissement de la muqueuse; elles font peu de saillie, offrent peu de résistance au toucher; leur surface est presque lisse, quelquefois grenue ou mamelonnée. La muqueuse et le tissu cellulaire sous-jacent sont injectés, épaissis; c'est de là que provient la saillie de la glande. Les plaques réticulées de Chomel sont des plaques molles, dans lesquelles la muqueuse est percée d'un grand nombre de trous, par lesquels, d'après Requin¹ l'exsudation typhique, à l'état de blastème, a dû s'écouler. Les plaques, dont Forget comparait l'aspect à celui d'une barbe fraîche, n'ont rien de spécial à la fièvre typhoïde; elles ne sont qu'une simple variété anatomique que l'on peut rencontrer dans un grand nombre d'états morbides.

Les plaques dures diffèrent des précédentes par l'altération particulière du tissu sous-muqueux. Ce tissu, que nous avons trouvé rouge et humide dans les lésions précédentes, renferme maintenant une matière homogène, sans organisation bien apparente, d'une teinte plus ou moins faible ou jaunâtre, plus ou moins résistante, et de 4 à 7 millimètres d'épaisseur. Cette matière, déposée sous

¹ Requin; *loc. cit.*, tom. IV. pag. 46.

forme de bourbillon dans les follicules de Brunner, de fausse membrane dans les plaques de Peyer, ressemble complètement à la matière du tubercule.

« Remarquons, dit M. Requin, que les micrographes n'ont pu jusqu'ici y découvrir aucun caractère particulier qui serve à la distinguer sûrement : rien de spécial dans cette masse de fibrine amorphe, au sein de laquelle le grossissement fait partout voir quelques rudiments d'organisation, granulations élémentaires, noyaux avec ou sans nucléoles, cellules à noyau et cellules atrophiées ; bref, au microscope comme à l'œil nu, le néoplasme typhique offre les mêmes apparences que la matière tuberculeuse ' » Nous avons fait quelques recherches sur ce sujet avec M. Sabatier, chef des travaux anatomiques, et nous avons également trouvé, non-seulement dans l'aspect extérieur, mais aussi au point de vue histologique, une identité complète entre les deux produits. Voici la note qu'a bien voulu nous remettre M. Sabatier :

« *Examen microscopique des plaques dures de l'intestin.* — La matière de ces plaques, examinée au microscope sous forme de coupes minces ou de parties déchirées, présente :

» 1° De nombreuses cellules, petites, presque remplies par leur noyau, à forme irrégulièrement arrondie, quelquefois légèrement anguleuses. Les noyaux sont ordinairement uniques dans ces petits éléments, qui présentent tous les caractères des éléments auxquels on a donné le nom de *cytoblastions*, et que l'on rencontre dans les granu-

† Requin, *loc. cit.*, tom. IV, pag. 46.

lations méningiennes et dans les granulations pulmonaires des phthisies aiguës. Les noyaux ne présentent que de très-fines granulations; ils sont luisants.

» 2° De grandes cellules renfermant un nombre plus ou moins considérable des éléments précédents; ces derniers, quelquefois au nombre de quinze, vingt, etc., sont serrés, et la cellule mère en est comme bourrée. Il y a, du reste, des degrés inférieurs de prolifération, et l'on rencontre aussi des cellules ne renfermant que deux ou trois cytoblastions. Ces dernières cellules sont plus communes sur les limites des points altérés. Les cellules mères, plus riches en cytoblastions, sont plus rapprochées du centre; au centre sont les cytoblastions libres et les granulations. Les cellules mères sont généralement ovoïdes, mais il en est qui présentent l'aspect fusiforme des éléments cellulaires du tissu conjonctif.

» 3° De nombreuses granulations brillantes.

» 4° Des vaisseaux.

» Cet examen me permet de conclure qu'il y a eu prolifération endogène des éléments du tissu conjonctif qui entre dans la composition des plaques de Peyer et des follicules clos. Les éléments cellulaires nouvellement produits, de faible volume mais très-nombreux, ont envahi et pour ainsi dire annihilé les autres éléments des glandes de Peyer. Cette lésion anatomique me paraît pouvoir être micrographiquement rapprochée de la granulation grise de la tuberculisation aiguë, soit pulmonaire, soit méningienne. »

Nous ne voulons pas conclure de là à une identité complète entre les deux affections tuberculeuse et typhique: la clinique ne sanctionnerait peut-être pas cette

manière de voir ; mais nous ne pouvons nous empêcher de rappeler la similitude des symptômes offerts par la fièvre typhoïde et la tuberculisation générale aiguë, similitude telle qu'il devient souvent impossible de distinguer les deux maladies, et nous sommes dès lors conduit à nous demander si un lien plus intime ne les unirait pas, si leur commune apparence phénoménale ne serait pas l'indice d'un rapprochement plus profond. Nous n'osons cependant pas encore nous prononcer définitivement sur ce point ; des recherches ultérieures viendront peut-être l'éclairer d'un nouveau jour

Panum a voulu expliquer le développement des lésions intestinales par une embolie produite accidentellement dans les artères mésentériques, et surtout dans ces parties des ramifications artérielles qui se rendent aux plaques de Peyer ; mais, ainsi que le fait remarquer Griesinger, cette explication repose sur des faits qui sont loin d'être prouvés¹

Revenons à la description des lésions intestinales. La tuméfaction des follicules et des plaques va en augmentant jusqu'au neuvième jour ; à partir de ce moment, elle tend vers la résolution, qui arrive progressivement, le néoplasme lui-même pouvant être résorbé ; ou, ce qui est beaucoup plus fréquent, elle marche vers l'ulcération ; celle-ci siège de préférence sur les glandes agminées, les follicules isolés étant plus rarement atteints. L'ulcération peut survenir de deux manières différentes : ou bien la muqueuse commence par subir le travail de désorganisation, et le néoplasme tombe peu à peu en de-

¹ Griesinger ; *loc. cit.*, pag. 217.

liquium ; ou bien c'est la matière épanchée dans le tissu cellulaire sous-jacent qui se sépare des tissus qui l'entourent, et, devenue corps étranger, détermine l'ulcération. Voici l'aspect que présentent les ulcérations une fois formées :

Elles commencent par se manifester sur les plaques les plus rapprochées de la valvule iléo-cœcale ; elles sont ovalaires, elliptiques, comme la glande elle-même sur laquelle elles siègent ; celles qui attaquent les follicules de Brunner sont au contraire circulaires et paraissent produites par un emporte-pièce. Le fond de ces ulcérations présente une coloration d'un brun rougeâtre ou d'un gris ardoisé ; sa surface, d'un aspect généralement granuleux, est au contraire quelquefois tout à fait lisse ; ce fond est presque toujours formé par la tunique musculuse, quelquefois cependant cette dernière a été détruite, et l'ulcération repose sur la séreuse ; enfin, dans certains cas, cette membrane est perforée, d'où ces péritonites promptement mortelles, produites par l'épanchement des matières fécales dans le péritoine. Les bords de l'ulcération présentent des caractères très-variables : tantôt ils sont décollés et tantôt adhérents ; quelquefois durs, épais ; d'autres fois, au contraire, amincis, réguliers, arrondis ou anguleux, perpendiculaires ou taillés en dédolant.

Dans les cas où la fièvre typhoïde se termine heureusement, on voit les ulcères se cicatriser ; le travail de réparation commence généralement par les bords, puis des bourgeons charnus naissent au centre de l'ulcération et finissent par atteindre les bords. Cette réparation marche assez rapidement ; toutefois la muqueuse ne reprend pas immédiatement son aspect normal ; l'absence de villosités

sités la rend plus lisse ; sa coloration est d'un rouge plus foncé ; ce n'est que quelques mois après que toute trace d'altération a disparu.

A côté de ces lésions intestinales, qui sont les plus importantes, on en rencontre d'autres que nous devons maintenant étudier, et au premier rang desquelles nous devons placer l'altération des ganglions mésentériques. L'engorgement de ces organes est une conséquence nécessaire du travail qui se fait dans les plaques de Peyer ; aussi les deux phénomènes marchent-ils constamment ensemble, et les ganglions les plus affectés sont-ils ceux qui sont le plus rapprochés du cœcum. Les ganglions mésentériques sont d'abord congestionnés, augmentés de volume, ramollis, friables ; plus tard on peut rencontrer dans l'intérieur de leur tissu les traces d'une suppuration diffuse ; presque jamais le pus n'est réuni en foyer ; enfin, si la maladie a une heureuse issue, les ganglions diminuent de volume, s'indurent, prennent une teinte brunâtre, grisâtre, et peu à peu recouvrent leurs propriétés normales.

La rate est hypertrophiée ; elle a doublé, triplé, quadruplé de volume ; en même temps son tissu est considérablement ramolli, quelquefois même réduit à l'état de diffluence la plus complète. Cette même désorganisation de la rate, pouvant se rencontrer dans d'autres états morbides, n'a pas l'importance séméiologique des lésions intestinales et ganglionnaires.

Le foie est souvent aussi congestionné, ramolli ; ces désordres, pas plus que ceux que l'on peut rencontrer au même degré dans le tissu rénal, ne sont spéciaux à la fièvre typhoïde.

Notons encore les ulcérations du pharynx et de l'œso-

phage, dont nous avons déjà parlé ; quelquefois la production de fausses membranes dans l'arrière-gorge ; le ramollissement et la congestion de la muqueuse de l'estomac ; l'engouement, l'hépatisation du tissu pulmonaire, altérations qui n'ont généralement rien d'inflammatoire et qui doivent se rapporter aux hyperémies non phlegmasiques de M. Monneret¹ ; les noyaux apoplectiques du même organe ; la congestion des centres nerveux, quelquefois même accompagnée de désordres plus profonds ; l'inflammation de l'oreille moyenne, particulièrement étudiée par le docteur Passavant² (de Francfort), etc. Le cœur est généralement pâle, flasque, mou ; il renferme des caillots plus ou moins volumineux, généralement peu consistants ; quelquefois ses fibres peuvent subir une dégénérescence graisseuse (Zenker) qui, finissant par épuiser sa contractilité, produirait ces morts subites qu'on observe quelquefois dans le cours de la fièvre typhoïde.

D'après le même auteur, les muscles de la vie de relation subiraient également une dégénérescence spéciale qui se présenterait sous deux types principaux : la dégénérescence granuleuse et la dégénérescence cireuse ; les lésions pourraient même devenir le point de départ d'altérations plus profondes³.

Toutes ces lésions n'ont du reste rien de spécial, de caractéristique ; aussi ne faisons-nous que les mentionner, sans nous arrêter à les décrire, et encore n'avons-nous pas la prétention d'énumérer toutes celles que l'on

¹ Monneret ; *Traité de pathologie interne*, tom. I, pag. 307 et 335.

² *Gazette médicale*, 1851, n° 1.

³ Zenker ; *Sur les altérations des muscles volontaires dans la fièvre typhoïde*. (*Archives générales de médecine*, tom. II, pag. 143. 1865.)

peut rencontrer à l'autopsie des individus morts de fièvre typhoïde.

Altérations du sang. — Nous sommes encore obligé ici de répéter ce que nous disions plus haut : les altérations que l'on trouve dans le sang n'ont rien de particulier à la fièvre typhoïde ; elles peuvent toutes s'expliquer par des circonstances étrangères à la nature de l'affection. Ainsi, l'excès de globules rouges, qu'on a quelquefois constaté au début de la maladie, trouve sa raison d'être dans le tempérament pléthorique des individus que la fièvre typhoïde attaque plus spécialement ; l'augmentation de la fibrine s'explique par l'existence de quelque inflammation concomitante. La diminution des globules rouges se rencontre à la dernière période de toutes les maladies adynamiques, de toutes les fièvres continues, quelle que soit leur nature : fièvres paludéennes, états cachectiques, etc. ; nous en dirons autant de la diminution de l'albumine. Quant à la défibrination du sang, fait décrit autrefois sous le nom de sang dissous, elle n'a pas plus de valeur que les altérations précédentes, quoi qu'en dise M. Bouillaud, et existe également dans un grand nombre d'états adynamiques. Parlerons-nous de l'augmentation des globules blancs, de la leucocythémie ? Cette altération, on le sait, peut se rencontrer dans certaines conditions physiologiques, pendant la digestion, la grossesse, etc. ; elle se présente aussi dans un grand nombre d'états pathologiques, phlegmasies, cachexie paludéenne, cancer, phthisie, à une période avancée de ces maladies ; elle n'a donc évidemment rien de caractéristique. On sait encore qu'elle n'existe jamais isolément, mais qu'elle

s'accompagne toujours d'hypertrophie de la rate ou de lésions des ganglions lymphatiques ; aussi, sans vouloir nous prononcer sur la valeur des théories de Virchow ou de Bennett, relatives à la nature des relations qui unissent ces différents faits, nous ferons simplement remarquer que ces deux altérations, considérées comme constantes dans la leucocythémie, se rencontrent également dans la fièvre typhoïde. En résumé, l'étude des altérations du sang ne nous donne que des résultats bien insignifiants et sans valeur théorique ou pratique.

Complications. — Les complications sont de deux genres : elles peuvent être fournies par des états morbides généraux ou par des lésions d'organes. Parmi les premières, quelques-unes sont tellement fréquentes qu'elles ont par cela même frappé plus particulièrement l'esprit des médecins qui les ont étudiées sous le nom de formes de la fièvre typhoïde ; c'est ainsi qu'on a décrit des dothiésentéries à forme inflammatoire, bilieuse, muqueuse, etc. Nous repoussons cette désignation : une maladie, en effet, qui prend une forme quelconque, abandonne ses allures naturelles pour revêtir celle de toute autre affection. La fièvre intermittente larvée névralgique est une fièvre qui prend la forme d'une névralgie ; l'affection conserve bien sa nature propre, mais le schématisme est tout différent. Tel n'est pas le cas de la fièvre typhoïde : alors même qu'elle s'adjoint tout autre état morbide, elle reste la même, et dans sa nature et dans ses manifestations ; les phénomènes spéciaux au nouvel état compliquant peuvent tout au plus modifier quelques-uns des symptômes de la dothiésentérie, mais

celle-ci n'en est pas moins reconnaissable et garde tous ses traits caractéristiques. Il y a donc dans ces cas complication d'une maladie par une autre, et non substitution, même apparente, de l'une à l'autre.

L'état inflammatoire est un de ceux qui viennent le plus souvent compliquer la fièvre typhoïde ; cette association se reconnaît au mélange des deux ordres de symptômes propres à chaque affection. Le pouls, tout en conservant sa fréquence, prend plus d'ampleur, de plénitude, de force, de résistance ; le faciès présente toujours la stupeur caractéristique, mais en même temps il devient turgescant ; la chaleur est plus vive, plus fatigante pour le malade, etc. Tous ces phénomènes disparaissent du reste assez vite ; dès l'apparition de la deuxième période, de la période ataxo-adynamique, ces divergences cessent, et la maladie reprend sa marche habituelle, quelle qu'ait été sa forme primitive.

Dans la fièvre typhoïde à complication bilieuse, la langue est jaune, les nausées sont plus fréquentes ; les vomissements, plus constants, sont composés de matières bilieuses ; la diarrhée présente les mêmes caractères ; la teinte sub-ictérique de la face est plus marquée, un véritable ictère peut même se déclarer ; les autres phénomènes, la céphalalgie, la stupeur, les épistaxis, les râles sibilants, les taches rosées, etc., persistent et servent à reconnaître la nature typhoïde de la pyrexie.

La fièvre typhoïde à complication catarrhale se reconnaît aux phénomènes propres à ce dernier état : nature des frissons, phénomènes respiratoires plus accentués, exacerbations vespérines, etc.

Rapprochons de cette forme la fièvre typhoïde avec

complication rhumatismale, étudiée par MM. Littré et Forget ¹, et caractérisée par la sensibilité excessive et permanente des jointures et des membres : la violence des douleurs est telle qu'elle arrache souvent des cris au malade. A cette forme doit évidemment se rattacher la fièvre typhoïde à symptômes spinaux prédominants, si bien étudiée par M. Fritz.

La complication muqueuse imprime à la marche de la fièvre typhoïde une apathie et une lenteur plus grandes ; nous n'avons pas besoin d'insister sur les phénomènes qui distinguent cette fièvre, et qui se passent, on s'en souvient, principalement du côté des voies digestives ; par son association à la fièvre typhoïde, l'état muqueux accentue les symptômes de cet ordre.

Les auteurs décrivent aussi une fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique : à proprement parler, ce n'est pas ici une complication ; les phénomènes ataxo-adyamiques de la deuxième période anticipent seulement sur l'époque de leur apparition, ils se montrent dès le début de la maladie et lui donnent ainsi une gravité extrême. On divise souvent l'ataxo-adynamie en deux éléments : on attribue à l'ataxie le délire, les convulsions, les soubresauts des tendons, l'inégalité, l'irrégularité du pouls ; à l'adynamie, on affecte la petitesse, la dépressibilité des battements artériels, les paralysies, les eschares, les gangrènes, les pétéchies, etc. Pour nous, nous avons constamment vu ces deux états associés l'un à l'autre ; un des deux ordres de phénomènes peut bien prédominer, mais l'autre n'en existe pas moins ; il est même impossible qu'il

¹ Forget ; *loc. cit.*, pag. 259.

n'en soit pas ainsi, les symptômes nerveux qui constituent l'ataxie étant en effet le résultat de l'adynamie. *Sanguis moderator nervorum*, avait dit Hippocrate, exprimant ainsi dans un de ses admirables aphorismes la pensée que nous cherchons à expliquer.

La fièvre typhoïde, ainsi que nous l'avons dit, a généralement des exacerbations qui arrivent tous les soirs ; celles-ci même peuvent être plus marquées dans certaines formes, particulièrement la forme catarrhale. Mais il est d'autres redoublements, ordinairement plus nets, mieux caractérisés, qui sont le produit de l'affection paludéenne, et dont le diagnostic est des plus importants, à cause des indications spéciales qu'il apporte avec lui. Nous apprendrons plus tard à connaître les caractères qui servent à établir le diagnostic différentiel des divers genres d'exacerbations, le mode même de l'accès, l'heure à laquelle il survient, les effets merveilleux du quinquina, etc. Nous n'insisterons pas maintenant sur ces divers signes, nous réservant d'en faire plus tard une étude plus approfondie. L'observation thermométrique pourra être ici d'un grand secours et dévoiler des exacerbations qui, peut-être sans elle, passeraient inaperçues. La complication rémittente, contrairement à la plupart des complications précédemment étudiées, peut persister dans la deuxième et même dans la troisième période, si le médecin lui en laisse le temps.

Les différentes complications que nous venons de signaler trouvent toujours leur raison d'être dans des conditions inhérentes ou extérieures au sujet ; les causes qui produisent chacune de ces affections à l'état isolé se combinent en effet avec les conditions favorables au développement de la dothiéntérie, pour produire ces différentes

associations. La fièvre typhoïde avec complication inflammatoire se constate chez les sujets forts, pléthoriques, dans les saisons, dans les climats rigoureux. La complication bilieuse attaque les individus à tempérament sec, bilieux ; elle se montre spécialement à l'époque des fortes chaleurs. L'état muqueux, un des plus fréquents dans les pays humides, en automne, atteint surtout les enfants, les individus à fibre lâche et molle. La complication paludéenne se voit enfin dans les pays marécageux, et on peut même dire que, dans ces contrées, et plus spécialement en automne, toutes ou à peu près toutes les fièvres typhoïdes s'accompagnent de l'élément rémittent. Nous trouverions également des causes spéciales pour les complications catarrhale, rhumatismale et ataxo-adyamique. On comprend d'après cet exposé que les formes de la fièvre typhoïde doivent varier, non-seulement suivant les individus, mais encore selon les climats et les localités : *Scribo in aere Romano*, disait Baglivi. A Montpellier, les complications les plus fréquentes sont sans contredit : 1° l'état bilieux dû à l'influence des fortes chaleurs de nos étés, dont l'action se continue jusqu'à l'automne, époque également favorable au développement des fièvres typhoïdes ; 2° l'état rémittent, contre lequel les praticiens se tiennent toujours en garde. La complication inflammatoire est, de toutes, la plus rare dans nos contrées.

Le second ordre de complications est fourni par des lésions particulières d'organes. Leur existence s'explique par la tendance qu'a la fièvre typhoïde à produire des fluxions plus ou moins actives sur les différents organes contenus dans chacune des trois grandes cavités splanchniques. L'exagération de ces mouvements sur un point

particulier donne lieu à ce qu'on a appelé les formes céphalique, thoracique, abdominale ; la prédominance du délire, qu'on remarque dans les fièvres typhoïdes avec complication ataxo-adyamique, caractérise la première de ces formes ; la forme thoracique est due à la complication catarrhale, qui donne plus d'intensité à la congestion bronchique ; enfin, les complications muqueuse ou bilieuse produisent la forme abdominale, qui se caractérise par l'exagération de la diarrhée, des vomissements, etc. M. Fritz a également décrit une forme spinale due à la prédominance des symptômes spinaux¹ On le voit, ce ne sont pas là encore de véritables complications ; certains symptômes prennent une intensité plus grande, mais aucune maladie nouvelle n'a surgi ; il n'en est pas de même dans les faits que nous allons maintenant étudier.

Méningo-encéphalite. — La congestion des centres nerveux, qui existe normalement dans toute fièvre typhoïde, peut arriver dans certains cas jusqu'à l'inflammation ; il en résulte une méningite, une encéphalite ou plus fréquemment une méningo-encéphalite. Le diagnostic n'est pas toujours facile à établir, à cause de la similitude d'un grand nombre de symptômes propres à la fièvre typhoïde et à l'inflammation des centres nerveux. Cependant l'intensité même des phénomènes nerveux, délire, convulsions, etc. ; leur apparition plus rapprochée du début de la maladie, la fréquence des vomissements, pourront faire admettre l'existence d'une complication céphalique. La méningite spinale, qu'on peut quelquefois

¹ Fritz ; *loc. cit.*

observer, se caractérise par une douleur située le long de la colonne vertébrale et augmentée par la pression, l'application de substances trop froides ou trop chaudes, par des contractures, de l'hyperesthésie cutanée, etc.

Pneumonie. — La pneumonie ou plutôt l'hyperémie pulmonaire, car la lésion prend rarement les caractères d'une véritable phlegmasie, est une des complications les plus fréquentes de la fièvre typhoïde. Son invasion est souvent insidieuse ; la douleur manque en effet presque toujours, les pneumonies typhoïdes n'apparaissant qu'à la deuxième ou à la troisième période, alors que déjà la sensibilité générale est considérablement affaiblie ; les crachats rouillés font aussi souvent défaut ; la toux les fait bien remonter jusque dans la bouche, mais le malade, n'ayant plus la force de les rejeter, les avale ; l'attention ne peut donc être éveillée que par la plus grande fréquence de la respiration. La percussion et l'auscultation viennent confirmer les soupçons du médecin ; la matité, les râles crépitants, le souffle bronchique, font connaître l'altération pulmonaire.

Péritonite. — L'ulcération des plaques arrivant jusqu'à la séreuse peut déterminer la perforation de cette membrane ; les liquides s'épanchent alors immédiatement dans la cavité du péritoine, et produisent ainsi une péritonite caractérisée tout d'abord par de violentes douleurs que ressent le malade en dépit de l'affaiblissement de la sensibilité (les cas de péritonite par perforation sans douleur sont exceptionnels) ; en même temps apparaissent un refroidissement et une pâleur générale de la surface

du corps, une altération profonde des traits, des vomissements incoërcibles ; le pouls acquiert une fréquence et une petitesse extrêmes ; la mort survient promptement, tout au plus le malade résiste-t-il quelques heures à une complication aussi terrible. Les péritonites par perforation sont très-insidieuses ; rien ne peut les faire prévoir, on les voit même survenir dans le cours de fièvres typhoïdes en apparence très-légères. Les péritonites se développent aussi, dans des circonstances très-rares, spontanément, sans perforation¹ Dans certains cas même, elles peuvent devenir le point de départ de la guérison d'une péritonite par perforation, en créant des adhérences qui s'opposent à la sortie des liquides intestinaux.

Hémorrhagies. — L'hémorrhagie intestinale est une complication redoutable, et malheureusement assez fréquente, de la fièvre typhoïde. La quantité de sang rendue par les selles est très-variable ; ce ne sont quelquefois que quelques grumeaux mêlés aux matières fécales ; dans d'autres cas, au contraire, le sang sort pur et en grande abondance. L'hémorrhagie s'accompagne de pâleur, de refroidissement des extrémités, de sueurs froides et visqueuses, de dépression très-grande du pouls, de lypothymies, quelquefois même de syncope, etc. On a généralement prétendu que dans ces cas le thermomètre accusait une très-grande chute dans la température. Nos observations personnelles s'élèvent complètement contre cette manière de voir.

¹ Thirial ; *Des péritonites survenant comme complication dans certaines maladies, notamment dans la fièvre typhoïde, et pouvant simuler la perforation de l'intestin.* (*Union médicale*, 1853, n° 83 et suiv.)

Entérite. — L'entérite, rare chez l'adulte, est au contraire très-commune chez l'enfant ; sur huit malades de deux à quatre ans, six ont eu une entéro-colite ou un ramollissement considérable des intestins, d'après MM. Rilliet et Barthez¹. Le diagnostic de cette complication présente les plus grandes difficultés, puisque les symptômes principaux : la diarrhée, les douleurs, le développement du ventre, sont les mêmes dans les deux affections. « On pourra cependant, ajoutent les auteurs que nous venons de citer, soupçonner l'existence d'une entéro-colite chez les plus jeunes sujets, quand on verra le dévoiement augmenter d'intensité et persister pendant très-longtemps, et chez les âgés, quand il existera des douleurs abdominales vives. »

Otite. — L'otite est encore une complication assez fréquente, surtout chez les enfants. Elle est caractérisée par des douleurs assez vives et un écoulement abondant et fétide. Elle survient généralement à une époque assez avancée de la maladie.

Érysipèle. — L'apparition de cet exanthème est toujours un signe très-fâcheux ; l'érysipèle ne se montre en effet que dans les cas les plus graves. Du reste, ainsi que nous le dirons plus loin, ces éruptions ont plutôt le caractère érythémateux qu'érysipélateux.

Citons enfin la fonte de la cornée, les maladies du larynx, particulièrement l'œdème de la glotte, les suppurations colliquatives, les paraplégies consécutives à l'infiltration du pus dans le canal rachidien ayant provoqué

¹ Rilliet et Barthez ; *loc. cit.*, tom. II, pag. 703.

l'inflammation et la suppuration de la moelle, la gangrène spontanée des membres, etc. ; accidents heureusement fort rares, et sur lesquels M. Trousseau a particulièrement insisté dans sa *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*¹

Variétés. — La fièvre typhoïde peut présenter dans son aspect, dans sa marche, des variétés qui ont été décrites dans ces derniers temps sous les noms de *typhus ambulatorius*, *levissimus*,² typhus abortif, fébricule, etc.

Dans le *typhus ambulatorius*, les malades ne ressentent qu'un léger malaise, ont quelques douleurs, de la diarrhée, de l'inappétence ; ils se lèvent, quelquefois même sortent, vaquent à leurs affaires ; ces symptômes durent trois ou quatre semaines, temps après lequel les malades guérissent. Mais, souvent aussi, au milieu de cet état, qui ne présentait rien d'inquiétant en apparence, les malades sont pris d'hémorrhagie intestinale, de péritonite par perforation, et à l'autopsie on trouve les ulcérations typhoïdes caractéristiques.

Le *typhus levissimus* serait caractérisé encore plus par la courte durée de la maladie que par le peu d'intensité de tous les symptômes. Toutefois, dans ces cas, on constate fréquemment aussi une très-grande bénignité dans les phénomènes ; de la fatigue, de l'apathie, de la lourdeur de tête, une fièvre modérée, un peu de diarrhée, quelques taches rosées, etc., le tout durant de sept à quatorze jours, et guérissant par l'expectation la plus complète : voilà ce qui constitue ces cas qu'on est souvent étonné d'être obligé d'appeler fièvres typhoïdes.

¹ Trousseau ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 194 et suiv.

Cependant, il nous paraît impossible de se refuser à désigner ainsi des états morbides qui présentent tous les caractères de la fièvre typhoïde; c'est surtout en temps d'épidémie que l'on peut s'assurer de la véritable nature de ces faits exceptionnels. Il se passe ici ce que l'on observe dans toutes les maladies : à côté des formes les plus graves on constate des cas d'une bénignité extrême, et nous ne voyons pas pourquoi on voudrait faire une exception en faveur de la fièvre typhoïde, et la considérer comme devant forcément présenter un caractère de gravité constante. Le principe de la bénignité possible de cette pyrexie étant admis, nous ne voyons pas la grande utilité qu'il y a à décrire autant de variétés que l'on peut constater de formes, et toutes ces distinctions de typhus *ambulatorius*, *levissimus*, abortif, etc., ne nous paraissent pas avoir un grand intérêt pratique.

Il faut du reste ici se garder d'une cause d'erreur qu'on nous paraît avoir trop négligée. Il faut craindre en effet de ranger sous cette dénomination de typhus *levissimus* bien des cas qui en réalité n'appartiennent en rien à la fièvre typhoïde, qui ne sont que des fièvres catarrhales, inflammatoires, muqueuses, etc. On ne peut affirmer l'existence d'une fièvre typhoïde que si l'observation démontre l'existence de tous les symptômes constitutifs de la maladie.

Diagnostic. — Il serait inutile de méconnaître les difficultés que présente le diagnostic de la fièvre typhoïde, et d'afficher une assurance que les faits viendraient promptement démentir. Le diagnostic est encore plus particulièrement difficile pour nous, qui croyons à l'existence de

fièvres graves autres que la dothiéntérie, qui ne devons pas par conséquent nous contenter de savoir si la maladie que nous avons sous les yeux est une fièvre, mais qui devons surtout chercher à la distinguer des différentes espèces du même genre. Or, ce résultat n'est pas toujours facile à atteindre : nous ne sommes pas assez heureux pour posséder un signe qui, par lui-même, puisse suffire à caractériser la maladie ; nous avons déjà dit plus d'une fois que l'étude des courbes thermométriques elle-même, quelque grande que soit sa valeur, ne saurait suffire pour établir le diagnostic. Ce n'est donc que par la comparaison de tous les phénomènes présentés par l'état morbide, de ses causes, de sa marche, que nous pourrons arriver à le connaître.

Les difficultés du diagnostic sont encore accrues par les modifications que peut présenter la maladie : celle-ci ne se montre pas en effet toujours entourée de ce cortège de phénomènes dont nous avons montré toute la valeur ; les complications diverses des fièvres entre elles ou avec d'autres états morbides, leurs localisations sur différents organes, donnent naissance à un grand nombre de symptômes qui n'appartiennent pas à la fièvre elle-même. Le médecin ne doit donc jamais s'attendre à retrouver dans la pratique cette régularité que nous prêtons si gratuitement au système vivant dans nos livres : ce sera à lui à distinguer, dans chaque cas qui se présentera à son observation, les divers éléments qui le composent.

Faisons remarquer tout d'abord que, dans certains cas, les maladies locales, telles que la pneumonie par exemple, peuvent s'accompagner de symptômes qui présentent une analogie plus ou moins éloignée avec ceux de la fièvre typhoïde ; la prédominance de la lésion organique, la

marche de la maladie, mettront alors facilement sur la voie.

Quant au diagnostic différentiel des diverses espèces de fièvres, nous en puiserons les éléments à la triple source de l'étiologie, de la symptomatologie et de la thérapeutique.

1° L'étude des causes des maladies peut souvent fournir des résultats précieux : pour bien connaître la nature de l'effet produit, il est bon plus d'une fois de remonter aux conditions qui l'ont engendré. Les médecins comprennent du reste de plus en plus l'importance du rôle que joue la cause dans la notion complète du fait pathologique ; et sans admettre, avec quelques auteurs, que la médecine étiologique soit la seule rationnelle, on ne peut cependant méconnaître la valeur des recherches de ce genre. Le premier soin du praticien devra donc être de s'enquérir des causes qui ont pu produire la maladie. On sait que ces conditions varient suivant chaque espèce pyréto-logique : nous les avons déjà fait connaître pour un grand nombre d'entre elles nous n'y reviendrons pas maintenant ; nous aurons bientôt l'occasion d'étudier les causes des fièvres ataxo-dynamiques et nous verrons aussi qu'elles diffèrent notablement de celles qui produisent la fièvre typhoïde. Nous ferons seulement remarquer ici l'importance d'une connaissance exacte de la constitution médicale régnante, cette cause si puissante qui frappe pour ainsi dire d'un même sceau toutes les maladies, les fièvres aussi bien que les autres états morbides. Les grands médecins de l'antiquité n'ont jamais négligé cette étude ; ils voulaient avant tout connaître le génie de la fièvre de la saison. Sydenham pouvait avoir une théra-

peutique hésitante au début d'une épidémie; mais quand, par une étude attentive de toutes les circonstances propres à la maladie, il en avait reconnu la véritable nature, il en établissait sans crainte et sans indécision les indications, et le succès de son traitement confirmait toujours la justesse de ses appréciations.

2° La différence des symptômes propres à chaque espèce fébrile est un des éléments les plus précieux pour le diagnostic. Sans vouloir revenir sur les différents phénomènes que présente la fièvre typhoïde, rappelons seulement l'impression profonde portée sur les forces de la vie, et manifestée par la stupeur, l'abattement, la contraction des traits, les différents symptômes ataxo-adyamiques; rappelons aussi la multiplicité des fluxions, les épistaxis, les phénomènes divers qui se passent du côté des voies digestives, et enfin les taches rosées, qui contribuent pour une large part à caractériser la fièvre typhoïde. Des symptômes fort différents, on le sait, appartiennent aux autres fièvres spéciales; quant aux fièvres remittentes à quinquina, c'est surtout par leur marche qu'elles se distinguent.

3° Enfin, les heureux effets ou la fâcheuse influence des différentes médications employées servent à confirmer le diagnostic déjà formé, ou à réparer une erreur qui pourrait plus tard devenir funeste. *Naturam morborum curationes ostendunt*. C'est surtout dans le diagnostic différentiel des fièvres typhoïdes et des fièvres à quinquina que l'essai thérapeutique peut offrir les plus précieuses ressources. Le quinquina, inutile dans la première de ces affections, a au contraire une action immédiate dans la seconde.

Les fièvres éruptives, pendant leur période d'invasion, s'accompagnent aussi quelquefois de symptômes typhoïdes qui pourraient facilement induire en erreur. Cependant, quelle que soit leur gravité, les pyrexies exanthématiques présentent presque constamment certains phénomènes qui leur appartiennent spécialement, et qui mettent sur la voie du diagnostic.

La méningite peut également être confondue avec la fièvre typhoïde à complication ataxo-adyamique. Cependant l'intensité et l'apparition précoce des accidents nerveux, l'absence de certains phénomènes, épistaxis, diarrhée, gargouillement, taches rosées, etc., lèveront bientôt les difficultés.

Enfin, ainsi que nous l'avons déjà laissé entrevoir, la tuberculisation générale aiguë prend presque toujours les apparences de la fièvre typhoïde ; les symptômes généraux sont à peu près les mêmes ; la marche est également rapide dans les deux affections ; l'auscultation même ne peut être d'un grand secours, car il est difficile de décider si les râles qu'on entend se rapportent à une infiltration tuberculeuse ou à une simple congestion de la muqueuse bronchique ; la connaissance des antécédents du malade (hérédité, maladies individuelles), le mode du début, toujours insidieux dans la tuberculisation, l'absence des phénomènes propres à la dothiéntérie, pourront faire plutôt admettre l'existence d'une tuberculisation.

Il est encore bien d'autres maladies qui peuvent dans la pratique présenter des rapports symptomatiques plus ou moins éloignés avec la fièvre typhoïde. Nous laissons au praticien le soin de décider lui-même la question, quand quelqu'un de ces cas s'offrira à son observation ;

nous ne pouvons ici que poser les principes généraux, et nous rappellerons encore que dans le diagnostic différentiel des fièvres, plus que partout ailleurs, il faut savoir se tenir sur une sage réserve et ne pas engager imprudemment sa responsabilité.

Pronostic. — La fièvre typhoïde est une maladie grave, souvent mortelle : alors même qu'elle se présente sous les meilleures apparences (*typhus levissimus, typhus ambulatorius*), on ne doit pas se hâter de prédire une issue favorable. Dans son développement, elle peut en effet s'engager dans une mauvaise voie ; sa marche peut être entravée par quelque une des terribles complications que nous avons étudiées ; rappelons par exemple ces perforations intestinales que rien ne peut faire prévoir, et qui emportent le malade en quelques heures. Rappelons encore ces morts subites que souvent aucune lésion ne peut expliquer et qui viennent surprendre le malade dans le cours d'une fièvre typhoïde en apparence des plus bénignes.

La fièvre typhoïde est particulièrement grave chez les malades avancés en âge, débilisés, non acclimatés ; le délire, les convulsions, la carphologie, les eschares, la faiblesse, l'irrégularité et l'intermittence du pouls, sont des phénomènes dont l'apparition constitue toujours un signe fâcheux. La forme ataxo-adyynamique est la plus grave de toutes ; parmi les complications les plus sérieuses, nous devons signaler au premier rang la péritonite par perforation, les hémorrhagies intestinales et la méningo-encéphalite ; la pneumonie, l'otite ne viennent qu'en seconde ligne.

Constatons enfin que, sans qu'on puisse attribuer à ce fait une cause connue, certaines épidémies sont très-graves, tandis que d'autres sévissent sans intensité aucune.

Traitement. — Jetons d'abord un coup d'œil rapide sur les différentes méthodes de traitement des maladies ; nous en ferons ensuite l'application à la thérapeutique de la fièvre typhoïde. « Toutes les méthodes de traitement des maladies, dit Barthez, m'ont toujours paru devoir être comprises sous trois classes, qui sont celles des méthodes naturelles, des analytiques et des empiriques. Les méthodes naturelles de traitement d'une maladie ont pour objet direct de préparer, de faciliter et de fortifier les mouvements spontanés de la nature, qui tendent à opérer la guérison de cette maladie. Ces méthodes sont généralement indiquées dans les maladies où la nature a une tendance manifeste à affecter une marche réglée et salutaire. Les méthodes analytiques de traitement d'une maladie sont celles où, après l'avoir décomposée dans les affections essentielles dont elle est le produit ou dans les maladies plus simples qui s'y compliquent, on attaque directement ces éléments de la maladie par des moyens proportionnés à leurs rapports de force et d'influence. Ces méthodes sont d'autant plus indiquées qu'il existe une plus grande complication des éléments d'une maladie. Dans les méthodes empiriques du traitement d'une maladie, on s'attache directement à en changer la forme entière par des remèdes qu'indique le raisonnement fondé sur l'expérience de leur utilité dans des cas analogues. Ces méthodes conviennent surtout aux maladies où l'on a lieu de craindre que les mouvements spontanés de la nature ne soient impuissants pour opérer la guérison, et dans celles qu'on ne peut décomposer en des éléments bien déterminés, dont on puisse être assez sûr de remplir les indications. Ces méthodes empiriques sont, ou vaguément perturbatrices, ou imitatives des mouvements salu-

taires que la nature affecté dans d'autres cas de la même maladie, ou administratives des spécifiques que l'expérience a fait connaître dans cette maladie¹. »

Il ressort de là que le traitement des maladies ne saurait être livré à un empirisme grossier, que des règles parfaitement établies le régissent. La science des indications, la connaissance des méthodes, voilà les principes qui sans cesse doivent diriger le médecin, et qui malheureusement ne sont que trop souvent négligés. C'est ce qui a eu lieu particulièrement pour la fièvre typhoïde, contre laquelle on a épuisé toutes les médications possibles, mais dont on a rarement cherché à régler le traitement. On a regardé la fièvre typhoïde comme une maladie toujours identique à elle-même, en dépit des complications qui peuvent en modifier l'aspect, des conditions différentes d'âge, de tempérament, etc., qu'elle peut présenter, et on a dirigé contre elle, d'après la conception hypothétique qu'on se faisait de sa nature, une médication toujours invariable. Disons-le tout d'abord, ces différents traitements sont par cela même impuissants et ne peuvent être acceptés d'une manière générale ; efficaces dans certains cas, ils deviennent nuisibles dans un grand nombre d'autres. Jetons un coup d'œil rapide sur ces diverses médications.

Les saignées, préconisées par Forget, ont surtout été mises en pratique avec une vigueur inusitée par Bouillaud ; on connaît sa méthode des saignées coup sur coup, qui lui permet de tirer jusqu'à deux kilogrammes et demi de sang. Ce mode de traitement n'a aucun fondement : la

¹ Barthez ; *Traité des maladies gouteuses*, préface, pag. ix et suiv.

fièvre typhoïde n'est pas une maladie inflammatoire, sa nature est au contraire profondément adynamique. Saigner dans ces conditions, et alors qu'il n'existe aucune complication inflammatoire, c'est vouer le malade à une mort à peu près certaine.

M. Delarogue s'est déclaré le champion de la méthode évacuante; il commence par un éméto-cathartique, puis il donne chaque jour un purgatif, soit une bouteille d'eau de Sedlitz, soit 80 grammes d'huile de ricin. M. Beau, considérant la fièvre typhoïde comme le résultat de la présence dans l'intestin de matériaux étrangers et nuisibles, insiste plus particulièrement sur les purgatifs. Des essais nombreux ont été faits par MM. Piédagnel, Andral, Louis, Grisolle, etc.; et de ces expériences comparatives on a dû conclure que la méthode évacuante ne comptait pas plus de succès que toute autre médication. C'est qu'en effet les évacuants, utiles dans certaines conditions, ne sauraient être appliqués indistinctement à tous les cas. Nous en dirons autant du tartre stibié, du sulfate de quinine employés à hautes doses comme moyens contre-stimulants, des mercuriaux donnés *intus et extra* dans le but de faire avorter l'altération des plaques de Peyer, du calomel, usité surtout en Allemagne, et d'un grand nombre d'autres moyens réputés plus ou moins spécifiques. Ces diverses médications réussissent dans quelques circonstances, parce qu'elles remplissent certaines indications particulières fortuites, parce que la nature, souvent mieux avisée que ses ministres, sait réparer leurs erreurs; mais il est impossible de vouloir en faire l'unique base du traitement de la fièvre typhoïde.

Quand on réfléchit à la nature de la fièvre typhoïde, on

voit bien vite que les faits principaux qui doivent inspirer le médecin dans l'étude de son traitement sont les trois suivants :

1° La fièvre typhoïde est une maladie dont il est impossible d'arrêter la marche ;

2° Elle porte une impression profonde sur les forces de la vie, elle tend à l'adynamie ;

3° Sa marche est souvent embarrassée par des complications diverses. — De là, trois indications principales, remplies par les méthodes naturelles et analytiques.

1° Si la maladie est simple, dégagée de toute complication, surveiller sa marche, éloigner toute cause de trouble ;

2° Soutenir dès le début les forces, pour atténuer autant que possible les effets de l'adynamie ; combattre directement celle-ci quand elle s'est manifestée ;

3° Traiter les complications, si elles existent.

Enfin, on aura égard à quelques symptômes dont l'exagération pourrait constituer un véritable danger pour le malade.

« Vous me voyez, dit M. Trousseau, rester inactif auprès d'un grand nombre de dothiésentériques. Lorsque la maladie suit une marche régulière, lorsque des accidents ou des complications particulières ne viennent pas réclamer une médication énergique, toute ma thérapeutique se borne à prescrire de l'infusion de camomille pour tisane, ou des boissons acidules ¹ » Le repos, quelques boissons telles que les emploie M. Trousseau, des attractifs doux, tels que des cataplasmes sur les pieds, de manière à em-

¹ Trousseau ; *loc. cit.*, tom. I pag. 181.

pêcher les mouvements de se porter avec trop de violence vers la tête, quelques cataplasmes sur le ventre pour calmer l'irritation intestinale : tels sont les moyens bien simples à l'aide desquels on remplira la première indication, et qui suffiront presque toujours dans la première période.

Il faut en outre soutenir les forces : la maladie doit être de longue durée, des phénomènes très-graves se manifesteront à la fin : aussi, quelles que soient la forme, l'intensité de la fièvre, on doit dès le début alimenter les malades, leur donner des bouillons, des potages légers, du vin ; c'est là un précepte aujourd'hui suivi et recommandé par la majorité des médecins, en particulier par MM. Trousseau, Monneret, Aran, Béhier, Graves¹, etc. Qu'on ne craigne pas d'irriter l'intestin ; on le fatigue bien davantage par les remèdes qu'on emploie si souvent avec tant de confiance : purgatifs, sulfato de quinine, etc. Plus tard, quand l'adynamie se sera déclarée, il faudra même arriver aux toniques médicamenteux.

Partant de cette idée, juste du reste, que la fièvre typhoïde doit fatalement parcourir toutes ses périodes, et qu'il s'agit dès lors uniquement de modérer l'intensité des symptômes, certains médecins se sont surtout attachés à combattre la fièvre, qui pour eux était l'élément prédominant. Diminuer l'activité des combustions, l'usure des organes ; empêcher les localisations que l'intensité du mouvement fébrile rend toujours plus faciles, telles sont les indications que l'on se propose ainsi de remplir, à

¹ Graves ; *Leçons de clinique médicale*, trad. par Jaccoud, tom. I, pag. 153. Paris, 1852.

l'aide de la médication antipyrétique. Ce principe est évidemment bon, mais à la condition expresse qu'on ne se proposera en effet de ne combattre qu'un symptôme, la chaleur, la fréquence du pouls, et qu'on ne croira pas ainsi, comme l'ont fait quelques-uns, pouvoir arrêter la fièvre typhoïde dans son cours.

Les moyens les plus usités sont l'eau froide et la digitale. Le traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide consiste dans l'emploi de bains, douches et affusions. Entre tous ces moyens, nous préférons les affusions, que nous avons employées chez la plupart de nos malades. Le résultat immédiat de l'affusion est un abaissement plus ou moins marqué de la température, un sentiment de bien-être ressenti par le malade; mais tout cela n'est que momentané, et, si l'on veut obtenir des effets un peu durables, il faut répéter les affusions deux ou trois fois par jour. Nous n'avons jamais vu d'accidents produits par les affusions; cependant, dans les fièvres typhoïdes à localisations thoraciques primitivement très-accentuées, nous avons toujours hésité à les employer. Nous les avons également cessées quand la période adynamique était trop prononcée, quand les symptômes de collapsus commençaient à se dessiner.

Wunderlich en Allemagne¹, M. Hirtz en France, se sont spécialement faits les propagateurs du traitement de la fièvre typhoïde par la digitale. Ces observateurs prétendent avoir retiré de bien bons effets de l'emploi de ce médicament, surtout quand les symptômes fébriles sont très-accentués; ils affirment que sous son influence le pouls se ralentit, la chaleur diminue. La formule conseillée par

¹ *Archives générales de médecine*, tom. II, pag. 351. 1862.

M. Hirtz est la suivante : Feuilles de digitale 1 gramme, à infuser dans 90 gram. eau ; passez et ajoutez 30 gram. sirop. Nous avons fréquemment employé la digitale, soit associée aux autres moyens, soit seule quand l'état de la poitrine nous empêchait de recourir aux affusions froides, et nous devons avouer que nous n'en avons jamais obtenu de bien grands résultats. Les modifications du pouls et de la température n'ont jamais été suffisantes pour exercer une influence bien favorable sur la marche de la maladie ; un symptôme que nous avons constaté, et sur lequel Wunderlich et M. Hirtz n'ont pas suffisamment attiré l'attention, c'est l'irrégularité du pouls. La véralrine, le sulfate de quinine, quand il n'existe pas de complication rémittente, n'ont pas donné de meilleurs résultats que la digitale.

Dans les fièvres typhoïdes avec complication, ou, suivant les expressions reçues, à forme inflammatoire, les saignées peuvent être employées ; mais s'adressent-elles directement à la maladie ? Évidemment non ; elles n'ont pour but que de dégager le terrain, de permettre à l'affection d'évoluer normalement, sans entraves. On ne devra jamais perdre de vue, du reste, que la fièvre typhoïde est fondamentalement adynamique, qu'elle a une longue course à parcourir, qu'il faut par conséquent ménager les forces ; nous repoussons donc dans tous les cas les saignées exagérées, coup sur coup ; nous ne pouvons autoriser que de légères soustractions de sang. C'est ainsi que nous comprenons les succès de M. Louis, qui pratiquait des saignées de 350 grammes, répétées tout au plus deux fois dans les deux premiers jours de la maladie. On devra prendre en considération l'état des forces du malade, son tempérament, son âge, etc. Dans les cas où domineraient les phénomènes

de congestion vers la tête, et où l'état inflammatoire ne serait pas du reste des plus violents, on pourrait remplacer la saignée générale par une application de sangsues sur les apophyses mastoïdes.

Contre la complication bilieuse, une des plus fréquentes dans nos contrées, on emploiera avec succès l'ipécacuanha, d'abord à dose vomitive, puis en infusion. Les affusions froides pourront être plus spécialement d'une grande utilité dans cette forme, qui s'accompagne toujours d'une chaleur très-élevée et très-sèche.

Les états muqueux, catarrhal, demanderont l'emploi des moyens que nous avons déjà indiqués.

Si l'élément ataxo-adyamique se montre dès le début de la pyrexie, on mettra immédiatement en usage les toniques; on insistera sur un régime plus substantiel, potages, vin vieux, vin de Malaga; on donnera le quinquina en infusion ou sous la forme d'extrait alcoolique (résine de quinquina); on lui associera les antispasmodiques, le camphre, le musc, etc., adressés plus particulièrement à l'état nerveux; on pourra aussi employer les excitants diffusibles: éther, acétate d'ammoniaque, etc. L'alcool rendra également de grands services.

Les maladies locales de nature inflammatoire seront traitées par les antiphlogistiques, dont on réglera l'emploi d'après l'état des forces, l'état général du sujet. Le calomel sera associé aux antiphlogistiques, dans les cas de méningo-encéphalite; le kermès ou l'ipéca à doses fractionnées seront employés dans les bronchites intenses ou les pneumonies; contre ces congestions pulmonaires qui se forment à la dernière période (pneumonies hypostatiques), M. Béhier a fait usage avec succès des ventouses

sèches. On usera toujours avec modération, et seulement quand l'indication sera des plus urgentes; des vésicatoires, dans la crainte de voir plus tard s'ulcérer les plaies ainsi produites. L'hémorrhagie intestinale réclame un traitement actif; le perchlorure de fer (1 à 2 gram. pour 120 de véhicule), l'ergotine (1 à 2 gram.), seront plus particulièrement employés. Quant à la perforation intestinale, aucun moyen ne peut en arrêter les funestes effets; on se bornera à prescrire l'opium à hautes doses, de manière à calmer autant que possible les douleurs intolérables du malade. Si la guérison s'opère, ce n'est que par les efforts de la nature, grâce au mécanisme que nous avons indiqué plus haut.

Enfin, il est certains symptômes qui, par l'extension considérable qu'ils prennent, deviennent sujets d'indication. La diarrhée, par exemple, réclame l'emploi des astringents, des opiacés (décoction blanche de Sydenham additionnée de sirop de cachou, diacode, de thériaque, diascordium, lavements amidonnés et laudanisés, sous-nitrate de bismuth, tannin, etc.). Les épistaxis seront traitées par les applications froides sur le front, des révulsifs sur les membres supérieurs, le perchlorure de fer en injection, et enfin, si ces moyens sont impuissants, par le tamponnement. Pour prévenir la formation des eschares, il faudra souvent changer les malades de place, employer des soins extrêmes de propreté, éviter le contact de l'urine et des matières fécales, faire usage de coussins en caoutchouc, de manière à soustraire la région sacrée à une pression continue; enfin, si les eschares se déclarent, on aura recours aux moyens excitants: décoction de quinquina, préparations chlorurées, etc.; le coaltar saponiné

peut également avoir de bons effets. Graves¹ conseille un liniment composé de 64 gram. huile de ricin et 52 baume du Pérou. Les accidents que nous avons signalés comme survenant exceptionnellement dans le cours ou à la fin de la fièvre typhoïde : fonte de la cornée, œdème de la glotte, suppurations colliquatives, paraplégies, etc., réclament le traitement qu'on a l'habitude de diriger contre eux, et qu'il serait trop long de décrire.

La convalescence est longue et pénible, les forces reviennent lentement ; il faudra donc mettre en usage tous les moyens propres à réparer les pertes de l'organisme : régime substantiel, toniques, amers, quinquina, etc.

Nature. — Pouvons-nous pénétrer la nature de la fièvre typhoïde ? Malgré les difficultés de la question, essayons de la résoudre. Il est toujours plus facile de dire ce qu'une chose n'est pas que de bien savoir ce qu'elle est. Aussi commencerons-nous tout d'abord par détruire certaines opinions qui ont eu un succès trop prolongé et qui ne peuvent qu'égarer les esprits.

La fièvre typhoïde est-elle sous la dépendance immédiate de la lésion intestinale ? est-elle, suivant les expressions de M. Forget, une entérite folliculeuse ? On comprend qu'à l'époque où fut découverte l'altération des plaques de Peyer, et dans l'enthousiasme du premier moment, on ait pu adopter une pareille opinion ; mais, depuis lors, le temps de la réflexion est arrivé, et il nous semble que, tout en accordant à la lésion intestinale une place élevée dans l'histoire de l'affection typhoïde, on doit cependant

¹ Graves ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 241.

lui refuser le titre de cause prochaine. Nous ne voulons pas maintenant revenir sur ces deux grands faits, que nous avons déjà rappelés, et qui pourraient cependant suffire pour juger la question : 1° de fièvres typhoïdes sans altérations, observées par des médecins même de l'École de Paris, MM. Andral, Chomel, Grisolle, Requin, etc. ; 2° de maladies bien distinctes de la fièvre typhoïde, et dans lesquelles les mêmes praticiens ont reconnu l'existence de la lésion des plaques de Peyer ; mais nous ferons remarquer que l'étendue de l'altération des glandes intestinales n'est nullement en rapport avec la gravité de la fièvre ; qu'à des affections typhoïdes mortelles répondent des désordres très-légers ; et réciproquement, qu'à des lésions profondes, multiples, peuvent ne correspondre que des symptômes très-peu marqués. C'est là un fait que M. le professeur Combal a parfaitement mis en lumière¹ et que prouvent suffisamment les observations déjà assez nombreuses de péritonites par perforation survenant dans le cours de fièvres typhoïdes légères (*typhus ambulatorius*). Il y a plus, les désordres locaux ne sont pas même en rapport avec les phénomènes abdominaux, avec la diarrhée, le météorisme, etc.

Est-il nécessaire maintenant de rappeler qu'un effet doit être inévitablement lié à ses causes, et que, par conséquent, si l'énanthème intestinal existe sans être accompagné des symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde, c'est qu'évidemment il ne suffit pas pour les produire ? Enfin, un dernier fait qui vient à l'appui de notre opinion consiste dans l'absence d'altérations au début de la maladie :

¹ Combal ; *loc. cit.*, pag. 16.

l'observation de M. Lombard nous fait voir une fièvre typhoïde sans lésion au quatrième jour ; on s'accorde généralement, du reste, à admettre que les désordres locaux n'apparaissent que le cinquième jour. Pour nous donc, il ne peut y avoir de doute : l'affection typhoïde n'est pas une fièvre symptomatique d'une altération des solides.

Serons-nous plus heureux en interrogeant les liquides ? Nous avons vu que les diverses altérations du sang pouvaient toutes s'expliquer par des circonstances particulières, qu'elles n'étaient nullement spéciales à la fièvre typhoïde. Serait-ce la présence de bactéries dans le sang, constatée par MM. Tigri (de Sienne), Davaine, Lemaire, etc., qui nous fera connaître la cause prochaine de la maladie ? En admettant que le fait fût constant, ce qui nécessite toutefois de nouvelles recherches, nous nous demanderions encore si ce n'est pas parce que le sang des sujets atteints de dothiéntérie présente certaines propriétés, constitue un terrain convenable, que les bactéries s'y développent ; car, enfin les germes de ces infusoires sont constamment répandus dans l'atmosphère et n'arrivent à éclosion que dans certaines circonstances, de même que toutes les productions animales ou végétales qui exigent certaines conditions pour naître et vivre dans l'organisme¹. De plus, ce n'est pas seulement chez les individus ayant des fièvres typhoïdes, qu'on constate la présence des bactéries ; M. Tigri les a encore vues dans le sang de femmes atteintes de fièvre puerpérale ; M. Davaine² les a observées chez les animaux attaqués par la maladie connue sous le

¹ Samuelson ; Communication à l'Académie des sciences, août 1863.

² Davaine ; Communication à l'Académie des sciences, 27 juillet 1863

nom de sang de rate, et M. Signol¹ chez les chevaux en proie à l'affection appelée diathèse typhoïde, influenza, etc

Pour montrer tout ce qu'il y a encore d'hypothétique dans cette conception de la fièvre typhoïde, nous ne saurions mieux faire que de citer les paroles d'un des partisans les plus enthousiastes de la nature parasitaire de cette maladie. « Pour faire entrer ma conviction dans l'esprit des autres, dit M. de Neucourt, pour apporter de moi affirmation la preuve irréfragable, je comprends ce qu'il y aurait à faire: il faudrait rechercher sur les gencives, sur les intestins, dans les autopsies, sur les plaques de Peyer et de Brunner, dans les excréments, s'il existe une substance particulière qui, examinée au microscope, présente les caractères d'une mucédinée toujours semblable à elle-même ou subissant des transformations régulières. Il faudrait mettre ces produits de sécrétions, ce cryptogame, aussi isolé que possible, en contact avec du sang, du lait, des produits animaux divers, dans des ballons ne contenant avec ces liquides qu'un air parfaitement purifié de tous les cryptogames capables de les altérer, et étudier la manière dont ces liquides se comportent. Il faudrait analyser chimiquement le sang des malades, leur salive, leur urine, de façon à s'assurer si ces liquides ne présentent pas de traces d'altération morbide, des dédoublements, qui indiqueraient une oxydation du sang². » Oui, la preuve est encore à faire, et sans vouloir en aucune manière préjuger ce que l'avenir nous réserve

¹ Signol; *Gazette des hôpitaux*, 20 août 1863.

² De Neucourt; *Du principe de la fièvre typhoïde considérée comme un ferment*. (*Archives générales de médecine*, tom. II, pag. 744. 1863.)

à cet égard, nous affirmons que la doctrine de la nature parasitaire de la fièvre typhoïde n'est pas encore suffisamment établie pour qu'on puisse l'admettre.

Invoquerons-nous, avec M. Grisolles, une altération indéterminée du sang¹? La science ne peut se contenter d'explications aussi hypothétiques, elle veut plus de précision : qu'on commence par nous faire voir cette altération ; les moyens sont aujourd'hui assez perfectionnés pour qu'on puisse facilement y arriver, et nous en discuterons alors la valeur. Jusque-là, nous sommes obligé de reconnaître que l'état du sang est aussi impuissant que l'altération de la muqueuse à nous faire connaître la cause prochaine de la fièvre typhoïde.

Il nous paraît inutile de discuter l'opinion de M. Delaroque, pour qui la fièvre typhoïde est le résultat de la présence dans l'intestin d'une bile altérée, acrimonieuse, et consécutivement de la résorption des matières septiques contenues dans le tube intestinal. Trop vieille d'un siècle, cette explication serait tout au plus acceptée par l'ancien humorisme.

L'altération, toujours indéterminée, du système nerveux mérite-t-elle plus de considération? Quelque porté que l'on soit à localiser les maladies, faut-il au moins que le raisonnement ait à s'exercer sur quelque chose de réel, de visible.

Reconnaissons donc que la fièvre typhoïde ne peut avoir son origine dans une lésion quelconque des solides ou des liquides ; reconnaissons que la multiplicité des systèmes atteints, que la longueur habituelle des prodromes,

¹ Grisolles ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 53.

période pendant laquelle nous assistons en quelque sorte au long recueillement du système vivant, l'absence enfin d'altérations primitives, tout nous démontre que la fièvre typhoïde porte principalement et primitivement son action sur les forces, et secondairement sur les divers systèmes organiques. En un mot, la fièvre typhoïde doit encore être considérée comme une fièvre essentielle.

Peut-on l'assimiler aux fièvres éruptives, comme le soutiennent quelques médecins, et particulièrement M. Trousseau? « La dothiéntérie, dit-il, est une maladie générale aiguë, *très-assimilable aux fièvres éruptives*, et avec lesquelles elle offre plus d'une frappante analogie¹. » Quel est le caractère fondamental d'une fièvre éruptive? C'est de présenter une fièvre primitive, suivie d'une éruption critique de la fièvre; c'est là ce que nous voyons dans la variole, la rougeole et la scarlatine. L'énanthème intestinal, c'est ainsi qu'on a désigné la lésion des plaques de Peyer, arrive bien consécutivement au mouvement fébrile, mais il n'est pas critique; la fièvre conserve toute son intensité, l'affection typhoïde n'est donc pas une fièvre éruptive. On peut cependant établir des rapprochements très-intimes entre ces deux espèces de la grande classe pyrétologique; l'une et l'autre doivent inévitablement suivre leur marche; elles créent toutes les deux une immunité à peu près complète, sont contagieuses, quoiqu'à des degrés différents; la fièvre typhoïde pourrait donc servir de transition entre les fièvres essentielles spéciales et les éruptives.

Auteurs à consulter. — Les différents ouvrages que

¹ Trousseau; *loc. cit.*, tom. I, pag. 137.

nous avons cités dans le cours de cet article, ceux de Forget, Louis, Chomel, la Thèse de M. le professeur Combal, la *Clinique* de M. Trousseau, le *Traité* de Griesinger, les *Leçons* de M. Jaccoud, la plupart des *Traités de pathologie interne*, devront être lus.

Typhus des armées.

Le typhus des armées (typhus exanthématique, pétéchial, fièvre des prisons, etc.) constitue-t-il une affection complètement identique à la fièvre typhoïde, et la description de cette dernière maladie peut-elle suffire pour donner une notion suffisante de la première? Les deux affections sont-elles au contraire distinctes, et faut-il les décrire séparément? Hildenbrand, à qui nous devons une étude du typhus devenue classique¹, avait admis la différence des deux maladies, et après lui plusieurs auteurs, MM. Fleury et Pellicot², Landouzy³, Griesinger⁴, etc., ont professé la même doctrine. Nous nous rangeons complètement à leur opinion, malgré les travaux de M. Gaultier de Claubry⁵, malgré les affirmations de MM. Louis⁶, Valleix⁷, Requin⁸, etc. Plusieurs motifs appuient notre

¹ Hildenbrand : *Du typhus contagieux*, trad. Gasc. 1812.

² Cité par Grisolle, *loc. cit.*, tom. I, pag. 55.

³ Landouzy ; *Mémoire sur l'épidémie de typhus qui a régné à Reims en 1839 et 1849.* (*Arch. génér. de médéc.*, janvier 1842.)

⁴ Griesinger ; *Traité des maladies infectieuses*, pag. 141.

⁵ *Mémoire présenté à l'Académie de médecine sur les analogies et les différences du typhus et de la fièvre typhoïde.* 1835.

⁶ Louis ; *Recherches anatomiques, pathologiques, etc., sur la fièvre typhoïde.*

⁷ Valleix ; *Guide du médecin praticien.* Paris, 1854.

⁸ Requin ; *loc. cit.*, tom. III, pag. 409.

manière de voir. Et d'abord, la symptomatologie des deux affections, quoique se rapprochant sur un grand nombre de points, n'est pas entièrement semblable. Ainsi, l'absence de prodromes est un fait plus fréquent dans le typhus (Tholozan, Garreau, Haspel); les phénomènes nerveux y apparaissent plus tôt et y acquièrent plus promptement une grande intensité; les taches rosées et les sudamina constituent les éruptions de la fièvre typhoïde, le typhus présente des taches rosées et des pétéchiés (Hildenbrand); les phénomènes abdominaux, météorisme, coliques, gargouillement, diarrhée, sont bien moins constants dans le typhus (Fleury, Landouzy, etc.)

Les phénomènes fébriles ne suivent pas une marche complètement identique dans la fièvre typhoïde et dans le typhus. D'après les recherches de Wunderlich, Thierfelder et Griesinger¹, la fièvre paraît bien plus vite et augmente bien plus rapidement dans la fièvre pétéchiale que dans la fièvre typhoïde. Au septième jour, il y a une rémission qui, dans les cas les plus légers, est souvent le début de la chute définitive de la fièvre; d'autres fois, cette rémission est souvent interrompue au huitième, au neuvième jour, par une nouvelle élévation; puis il y a aussitôt un abaissement définitif de la température, dans les cas moyens vers le dixième ou onzième jour, dans les cas graves du quatorzième au dix-septième. Cette diminution définitive a lieu presque toujours d'une manière rapide; souvent, dans l'espace de trente-six à quarante-huit heures, la température du corps baisse régulièrement jusqu'à la normale. On le voit, cette courbe ne ressemble

¹ Griesinger; *loc. cit.*, pag. 165.

pas à celle de la fièvre typhoïde. L'aspect du malade varie également dans les deux affections. La physionomie, dans la fièvre des prisons, est bien réellement typhique ; mais, de plus, le visage présente dans les cas graves une teinte livide des plus marquées ; les yeux et la bouche sont à demi ouverts ; enfin les malades exhalent souvent une odeur nauséabonde, repoussante, qu'il est difficile de caractériser, mais qu'on ne peut oublier quand on l'a sentie une seule fois.

Quant aux altérations intestinales, elles ne se rencontrent qu'exceptionnellement dans le typhus (Fleury et Pellicot, E. Chauffard, Griesinger, Dupré, Boyer, Fleury, Landouzy, Bourrely, Girbal¹, etc) ; nous ne les avons jamais observées dans plusieurs autopsies que nous avons eu l'occasion de faire à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, sur des militaires arrivés de Crimée.

Les considérations qui précèdent ne nous suffiraient cependant pas pour établir une distinction bien tranchée entre les deux affections ; nous savons en effet qu'il ne faut pas attacher une importance exagérée aux symptômes, les plus variables de tous les faits pathologiques. Que de modifications en effet ne présentent-ils pas sous l'influence de l'épidémicité ou de l'endémicité, des lieux, de l'âge, du tempérament, des idiosyncrasies, etc. ? Nous nous attacherons davantage à la différence des causes, inconnues à peu près pour la fièvre typhoïde, si bien connues au contraire pour le typhus, qu'il suffit souvent de les faire disparaître pour voir cesser en même temps l'épidémie. Chacun sait aujourd'hui que l'infection miasmatique, telle

¹ Girbal ; *Coup d'œil sur la pyrétologie*. (Montpellier médical, tom. X, pag. 117. 1863.)

qu'on la rencontre dans les camps, les vaisseaux, les prisons, lieux également malsains par suite de l'encombrement, de l'agglomération d'un trop grand nombre d'hommes bien portants ou malades; que les travaux excessifs joints à une alimentation insuffisante, à une prostration morale considérable, sont autant de circonstances dans lesquelles se produit généralement le typhus. La contagion, dont nous avons observé plusieurs exemples, est en outre bien plus évidente et bien plus terrible dans le typhus que dans la fièvre typhoïde. Le typhus peut être donné comme le type des maladies qui, primitivement infectieuses, deviennent ensuite essentiellement contagieuses. Toutes ces causes portent sur l'organisme une atteinte des plus profondes, qui se reconnaît à l'aspect général de la maladie, à sa marche toujours rapide, à un ensemble de symptômes que les anciens auraient désigné par l'expression de colliquation humorale (pétéchies, fétidité de l'haleine et de toutes les excréctions etc.), au pronostic toujours empreint d'un caractère de gravité effrayant, etc.

En résumé, les diverses circonstances que nous venons d'énumérer nous paraissent, par leur réunion, suffire pour légitimer la distinction que nous établissons. On ne saurait nous objecter que ces différences ne sont que superficielles, qu'elles tiennent non à la nature de la maladie, mais aux diverses formes sporadique ou épidémique sous lesquelles se présentent les deux affections. Nous reconnaissons, il est vrai, que l'épidémicité s'accompagne habituellement d'une gravité plus grande, mais nous ne pouvons pas admettre que ce soit là la cause des différences profondes qui séparent le typhus et la fièvre typhoïde. Nous possédons aujourd'hui un grand

nombre de relations d'épidémies de fièvre typhoïde, et nous ne voyons pas que sous cette forme la dothiéntérie ait plus de ressemblance avec le typhus qu'à l'état sporadique ; quelques-unes de ces épidémies présentent même une bénignité plus grande que certaines fièvres typhoïdes isolées. La distinction est donc bien réelle, et l'expression *fièvre typhoïde* parfaitement trouvée, puisqu'elle s'applique à une maladie qui n'a en effet que les apparences du typhus. Cette dernière affection aurait du reste plus de rapports avec la fièvre ataxo-adynamique, dont nous présenterons bientôt le tableau.

Nous ne décrirons pas en détail le typhus, maladie que nous avons rarement l'occasion d'observer, dont nous avons vu cependant plusieurs exemples dans les salles de l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, à l'époque de la guerre de Crimée ; les réflexions précédentes suffisent pour le faire connaître. Quant à son traitement, il doit être établi d'après les règles qui nous ont guidé dans la thérapeutique de la fièvre typhoïde avec complication ataxo-adynamique. Aux toniques de tout genre que l'on devra employer, on fera bien d'ajouter l'usage des acides, la limonade sulfurique par exemple, moyens excellents contre l'état de colliquation des humeurs qui accompagne le typhus.

Typhus Fever.

Les auteurs anglais, Graves en particulier ¹ ont décrit sous le nom de *typhus fever* une maladie que les uns ont confondue avec notre fièvre typhoïde, que les autres

¹ Graves ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 107 et suiv.

en ont séparée complètement. Si l'on consulte la magnifique description de Graves lui-même, il devient difficile de ne pas croire à la différence des deux maladies.

Il est d'abord bien certain, ainsi que le fait remarquer son traducteur, que l'éminent professeur de Dublin emploie des expressions différentes pour les désigner, et que dans son esprit il ne reste aucun doute sur l'existence distincte des deux états morbides, puisqu'en parlant de sujets atteints de *typhus fever* il a écrit la phrase suivante : « Les individus qui sont entrés tout récemment à l'hôpital ont été regardés, peut-être à tort, comme atteints d'une simple fièvre typhoïde ¹ » Les mêmes conclusions avaient été formulées, antérieurement à la publication du livre de Graves, par le docteur Gerhardt (de Philadelphie) et par M. Henri Guéneau de Mussy ²

Ce typhus et le typhus d'Hildenbrand sont-ils une seule et même maladie? Nous pencherions à le croire : d'après les observations de Graves, des causes identiques, l'entassement, le défaut de renouvellement de l'air, la malpropreté ³, etc., président au développement des deux fièvres. M. Guéneau de Mussy, qui a étudié le *typhus fever* sur les lieux mêmes, nous paraît avoir établi l'identité des deux affections sur des preuves suffisantes : il montre en effet que les deux maladies naissent sous l'influence des mêmes causes, l'encombrement, l'entassement et la misère, et qu'elles ont le même mode d'invasion, les mêmes éruptions, les mêmes complications, la même durée, les mêmes terminaisons. Les quelques

¹ Graves ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 145.

² Cité par Grisolle, tom. I, pag. 56.

³ Graves ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 130.

différences que l'on constate dans la symptomatologie des deux affections peuvent s'expliquer par les diverses formes sous lesquelles elles se présentent, l'une existant endémiquement dans certaines contrées, et l'autre affectant toujours la forme épidémique. Nous renvoyons les lecteurs désireux de mieux connaître le *typhus fever*, à l'ouvrage de Graves, qui en a traité *in extenso*.

Fièvre ataxo-adynamique.

La fièvre ataxo-adynamique n'est plus admise aujourd'hui par les auteurs ; elle a été confondue avec la fièvre typhoïde, et nous devons bien reconnaître, en effet, que depuis les travaux modernes son domaine s'est considérablement restreint. A côté d'un grand nombre de fièvres typhoïdes que nous avons déjà pu observer, nous ne pourrions citer que quelques faits bien rares de fièvre ataxo-adynamique. Ces observations, jointes à celles que nous avons trouvées dans les ouvrages anciens, nous paraissent toutefois suffisantes pour nous faire admettre une fièvre ataxo-adynamique distincte et indépendante. On comprend en effet, *à priori*, qu'à la suite de causes qui épuisent le système vivant, il puisse naître une fièvre dont les symptômes dévoileront parfaitement l'origine ; ces symptômes ne devront trahir que la faiblesse dont ils sont le produit, et n'auront nul besoin de s'entourer de ce cortège de manifestations diverses dont s'accompagne la fièvre typhoïde ; les faits que nous avons observés montrent la légitimité de ce raisonnement. Nous avons déjà dit pourquoi nous réunissions dans une seule description les deux éléments ataxique et adynamique ; la nature nous

les montre, existant toujours ensemble, il nous est donc impossible de les séparer.

Étiologie. — La fièvre ataxo-adyamique est produite par toutes les causes qui diminuent l'énergie des forces vitales et exaltent en même temps l'action du système nerveux; les excès de tout genre, les travaux exagérés, les peines morales prolongées, la misère, remplissent ces deux conditions.

Symptomatologie. — Les symptômes que nous avons décrits à propos de la troisième période des fièvres typhoïdes sont à peu près ceux que l'on rencontre dans la fièvre ataxo-adyamique. Pinel la décrit de la manière suivante : « Couleur livide des téguments et affaissement général; langue recouverte d'un enduit jaune verdâtre, brunâtre et quelquefois noir, d'abord humide, puis sèche et aride; état fuligineux des gencives et des dents; haleine fétide; soif variable; déglutition impossible ou comme paralytique; vomissements de matières diverses plus ou moins foncées en couleur; constipation ou diarrhée; déjections souvent involontaires, noires et fétides; dans quelques cas, météorisme; pouls petit, mou, lent ou fréquent, souvent dur et en apparence développé les premiers jours, mais passant subitement à un état opposé; parfois, dès le début, apparence momentanée d'une congestion vers la tête ou sur la poitrine; dans quelques circonstances, hémorrhagies passives par le nez, les bronches, l'estomac, l'intestin et les organes génitaux; pétéchies, vibices et ecchymoses; respiration naturelle accélérée ou ralentie; chaleur de la peau ou sueurs partielles froi-

des, visqueuses et même fétides ; urine retenue, rejetée avec difficulté ou rendue involontairement d'une manière variée, citrine ou de couleur foncée dans les premières périodes, et trouble avec un sédiment grisâtre vers la fin ; yeux rouges, * jaune-verdâtres, chassieux, larmoyants et contournés ; regard hébété ; affaiblissement et dépravation des sens, céphalalgie obtuse, état de stupeur, somnolence, vertiges, rêvasseries ou délire taciturne, réponses lentes et tardives, indifférence sur son propre état, prostration, affaissement des traits de la face et des saillies musculaires en général ; coucher en supination, quelquefois éruption de parotides avec ou sans diminution subséquente des symptômes ; ictère, impossibilité de rubéfier la peau et d'exciter l'organisme ; gangrène des plaies et en général des parties sur lesquelles le décubitus a lieu ¹ »

On voit que, malgré ses nombreux rapports avec la fièvre typhoïde, la fièvre ataxo-adydynamique de Pinel en diffère notablement dans ses traits essentiels. Ici, en effet, il n'y a point d'éruptions ; le météorisme, la diarrhée n'y sont notés que comme accidents exceptionnels et non comme symptômes fondamentaux ; les épistaxis reçoivent une interprétation différente de celle qu'on doit admettre pour les hémorrhagies de la première période de la fièvre typhoïde ; les congestions vers la poitrine sont aussi accidentelles. Les symptômes adydynamiques constituent évidemment le fonds de la maladie décrite par Pinel.

Nous résumons ainsi qu'il suit une de nos observations ; elle remplacera une description, difficile du reste à donner, en raison de la rareté trop grande des faits.

¹ Pinel ; *Nosographie philosophique*, 4^e édit., pag. 162.

Vadeaud (Cl.), âgé de 22 ans, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, fatigué par des récidives nombreuses de fièvre intermittente, par les travaux excessifs auxquels son service de soldat du régiment du génie l'expose, entre à l'hôpital Saint-Éloi le 19 mars 1860. Depuis deux mois déjà, il se sentait mal à l'aise, il avait des maux de tête, il avait perdu l'appétit et le sommeil; cependant il continuait son service lorsque, le 16 mars, après une revue, il se sentit plus fatigué. Il éprouva des douleurs vagues dans les articulations, dans les membres et le long du rachis; en même temps la céphalalgie avait augmenté, l'appétit était nul; le malade dit également avoir eu de la fièvre; il est resté dans cet état pendant trois jours à l'infirmerie du quartier; le 19, on le porte à l'hôpital dans le service de M. le professeur Dupré.

Nous constatons encore les symptômes précédents : pesanteur de tête, lassitude générale, torpeur, tristesse, assoupissement, sécheresse, pulvérulence des narines, sécheresse de la langue; pas de météorisme, pas de diarrhée; rien dans la poitrine; pas d'éruption; le pouls est fréquent, petit, dépressible, la chaleur modérée. Dans la nuit, il y a eu de l'agitation. (Infusion de sauge édulcorée avec le sirop de limon; cataplasmes sinapisés aux pieds.)

Le lendemain 17, aggravation des symptômes précédents.

18. Le délire est survenu dans la nuit, nécessitant l'emploi de la camisole de force; les traits sont décomposés; le pouls est petit, éteint, fréquent; chaleur âcre; pas de selles. (Potion avec camphre 1^{gr},50; acétate de potasse 2 gram.; liqueur d'Hoffmann 40 gouttes; infusion

de fleurs d'oranger 120 gram. ; infusion de sauge. Cataplasmes sinapisés.)

19. Le délire a persisté; la face est profondément altérée: yeux immobiles, tremblement de la lèvre inférieure; la langue est moins sèche, la peau plus moite; le pouls a les mêmes caractères; il y a une rétention d'urine. (Ajoutez résine de quinquina 6 gram. à la potion précédente.)

20. Le délire cesse; les symptômes adynamiques font des progrès, la torpeur est plus considérable; décomposition des traits; petitesse plus grande du pouls, soubresauts des tendons; pas de selles, ni de météorisme, ni d'éruption, ni de bronchite. (Bouillon, crème de riz; potion *ut supra*.)

21. Même état à peu près.

22. Légère amélioration; le malade a demandé à uriner; la figure est meilleure; la langue s'est humectée; le pouls se relève un peu. (Mêmes prescriptions.)

23. L'amélioration continue; le 24 seulement il y a une selle.

Une pneumonie hypostatique survint le 30 mars, vingtième jour à peu près de la maladie; elle céda assez facilement, et le 10 avril le malade était guéri; quelques jours après, il avait son *exeat*.

Quels sont les phénomènes qui ont dominé dans cette observation? L'ataxo-adynergie, dès le début, a seule occupé la scène; les causes ont agi dans ce sens: les maladies antérieures, les travaux excessifs, peut-être la tristesse, la nostalgie, ont déprimé les forces, excité le système nerveux. Quels sont les phénomènes qui ont fait défaut?

Ceux précisément qui caractérisent le mieux l'affection typhoïde, les phénomènes abdominaux, indice du travail destructeur qui se fait dans l'intestin, l'éruption des taches rosées, les symptômes thoraciques, preuve de la multiplicité des fluxions qui existe dans la fièvre typhoïde. L'apparition anticipée du délire, des soubresauts des tendons, n'appartient pas davantage à la dothiéntérie. Il est vrai qu'il n'y a pas eu d'autopsie, et quelques-uns peut-être refuseront par cela même toute valeur à notre observation. Nous ne chercherons pas à nous abriter derrière une fin de non-recevoir, en discutant de nouveau la valeur des lésions intestinales dans le diagnostic des fièvres graves; nous chercherons à satisfaire les exigences les plus grandes, et nous montrerons qu'il nous est bien permis de supposer que l'altération des plaques a, dans ce cas, fait défaut. Nous avons bien établi en effet, dans un autre endroit, que la lésion intestinale n'était pas toujours en rapport avec la gravité des phénomènes abdominaux, mais nous n'avons jamais dit qu'elle pût exister sans produire quelque'un de ces symptômes. L'absence complète de diarrhée, de météorisme, de gargouillement, dans notre observation, est pour nous la preuve de la non-existence de l'énanthème intestinal. Pour nous donc, il ne peut y avoir aucun doute: cette fièvre est bien une fièvre ataxo-adynamique, et non une fièvre typhoïde. Nous pourrions rapporter, quoiqu'ils ne soient pas très-nombreux, d'autres faits non moins concluants.

Diagnostic. — Le diagnostic de ces fièvres ne peut s'établir que par exclusion, par l'absence des signes propres à toute autre pyrexie; l'intensité des accidents ataxo-adyna-

miques, leur précocité, seront aussi des indices précieux.

Pronostic. — La fièvre ataxo-adyynamique est une maladie grave ; cependant nous ne la croyons pas aussi dangereuse que la fièvre typhoïde, ce que nous attribuons en partie à l'absence de lésions intestinales, par suite, de tous les phénomènes abdominaux, et à la puissance plus grande de la thérapeutique. La fièvre ataxo-adyynamique n'est pas en effet une maladie inconnue dans son essence comme la fièvre typhoïde ; on peut diriger contre elle des moyens rationnels et l'arrêter ainsi dans sa marche.

Traitement. — Il repose sur la connaissance de la nature de la maladie ; il faut relever les forces, régulariser les fonctions du système nerveux. Les toniques unis aux antispasmodiques rempliront ces deux indications.

La *fièvre putride* des anciens ne peut être considérée comme une espèce particulière ; c'est une fièvre ataxo-adyynamique présentant un degré de gravité extrême ; des hémorrhagies excessives, des gangrènes, la fétidité des excréments, etc., la distinguent ; la défibrination du sang doit encore y être plus marquée que dans la fièvre typhoïde ou ataxo-adyynamique.

La *peste* est encore pour nous une fièvre ataxo-adyynamique présentant certains caractères particuliers qui la distinguent : bubons, anthrax, charbons, pétéchies gangréneuses. Diemerbroek, Chicoyneau, Deidier, nous ont laissé de bonnes descriptions des épidémies de Nimègue (1635) et de Marseille (1720). Desgenettes, Larrey, etc., ont fait connaître la peste d'Égypte ; enfin, on consultera

avec fruit le Rapport de M. Prus à l'Académie de médecine, et le *Traité des maladies infectieuses* de Griesinger. C'est à ces différents auteurs que nous renvoyons les lecteurs désireux d'approfondir la question.

Suette miliaire.

La suette miliaire peut encore être rangée à côté des fièvres ataxo-adyamiques ; quelques auteurs, il est vrai, la placent parmi les fièvres éruptives : c'est là une erreur, car la suette ne présente pas le caractère fondamental des pyrexies exanthématiques ; l'éruption dont elle s'accompagne n'est nullement critique de la fièvre.

La suette miliaire est une fièvre ataxo-adyamique, presque toujours épidémique, dont les principaux symptômes sont des sueurs très-abondantes, une éruption miliaire, des douleurs siégeant sur toute la surface du corps, principalement à la base de la poitrine.

La suette anglaise, qui depuis 1486 jusqu'en 1551 a ravagé une grande partie de l'Europe, est-elle identique à la suette actuelle ? Ozanam le nie formellement¹ ; et dans son *Étude sur les maladies éteintes et sur les maladies nouvelles*. M. le professeur Anglada a montré qu'en effet les deux maladies devaient être complètement séparées². La suette miliaire, *suette des Picards*, n'a commencé à se montrer en Europe qu'à la fin du xvii^e siècle ; elle

¹ Ozanam ; *loc. cit.*, tom. IV, pag. 98.

² Anglada ; *Étude sur les maladies éteintes et les maladies nouvelles* etc., Paris, 1869, pag. 481 et suiv.

a envahi la France vers le commencement du siècle suivant, et depuis lors elle y a été observée et décrite bien des fois par des médecins éminents ; les meilleures descriptions sont celles de Malouin, Boyer, MM. Rayer, Barthez, Guéneau de Mussy, Landouzy, etc. En 1851, la suette de Picardie a fait de grands ravages dans le département de l'Hérault ; M. le professeur Alquié en a donné dans les *Annales cliniques de Montpellier*¹ une histoire très-détaillée que nous résumons de la manière suivante² :

La maladie revêtit deux formes principales : une bénigne, une maligne. La première était ainsi caractérisée : « La plupart des personnes influencées par l'épidémie éprouvaient un trouble varié pendant plusieurs jours avant la manifestation de la suette. Durant cette période d'incubation se montraient des prodromes divers, frissons vagues, malaise, brisement des membres, perte d'appétit, sommeil agité, interrompu par des rêves fatigants, etc. Au milieu de ces préludes, ou dans cette période prodromique, le sujet était pris de frissons généraux ou partiels, de céphalalgie le plus souvent frontale, d'abattement, de douleurs ou de pesanteur épigastrique ; de constriction à la base du thorax, de maux de cœur, souvent avec des défaillances répétées, d'envies de vomir ou même de vomissements ; son intelligence restait libre, sa parole normale, son moral tranquille. Bientôt après survenaient de la chaleur, de la rougeur à la peau, des sueurs abondantes, des crampes aux mollets, aux orteils, aux poignets. En même temps la peau était chaude, la face ani-

¹ *Annales cliniques de Montpellier*, 1853.

² M. le professeur Dumas a aussi dernièrement observé une épidémie de suette à Draguignan. Nous espérons qu'il en publiera la relation.

mée, la langue large, humide, souple et muqueuse, la soif médiocre, le pouls mou, large, accéléré ; la respiration souvent pénible, les urines rares et rougeâtres, les selles rares aussi.

A cet état, prolongé pendant deux jours environ, succédait la période d'éruption, annoncée par des picotements à la peau des régions sus-claviculaire, sternale, aux avant-bras, au dos, puis au ventre, aux membres inférieurs, à la face et au crâne. Sur ces lieux se manifestait de la rougeur disposée ou semée par plaques irrégulières. Cette rougeur s'est montrée parfois extrêmement vive, générale et simulant l'exanthème scarlatineux. Tantôt de nombreux points de la peau s'élevaient sous forme de papules rouges ; tantôt et plus souvent, à cette injection se superposaient des vésicules arrondies, demi-sphériques, citrines, transparentes. Leur développement s'opérait successivement, de façon que l'éruption avait disparu en certains points et se manifestait encore en d'autres. Chez beaucoup de malades elles occupaient quelques régions de l'enveloppe cutanée ; chez d'autres, elles recouvraient presque toute la surface du corps. Généralement du volume d'un grain de millet, ces vésicules se sont parfois montrées bien plus petites, surtout à la face.

» Pendant cette période d'éruption, le mouvement fébrile et les sueurs s'offraient avec plus ou moins d'intensité, non-seulement suivant l'étendue de l'éruption, la force du sujet, mais encore selon que la diaphorèse était excitée à l'aide de couvertures et de boissons. En même temps, la lourdeur ou la douleur de tête, les tintements d'oreille, la pesanteur ou les souffrances épigastriques, enfin l'état du pouls, de la langue, des urines, n'éprou-

vaient pas de notables changements. Cependant l'éruption disparaissait successivement et parfois d'une manière assez rapide, sans que les vésicules eussent pour la plupart acquis l'aspect lactescent, et l'épiderme se détachait pendant plusieurs jours. Toutefois, chez beaucoup de malades, les vésicules devenaient purulentes, se flétrissaient, et leur dessiccation rendait plus longue et plus marquée la période de desquamation. Alors, les sueurs avaient disparu, la chaleur et la fièvre avaient cessé, la langue se dépouillait par plaques de son enduit muqueux, l'appétit reprenait une activité trop énergiquement exprimée, enfin le malade entrait en convalescence. Le sujet conservait pendant plusieurs jours une teinte jaunâtre, une faiblesse considérable, et une disposition marquée à des rechutes. La durée de la suette bénigne était de un à deux septénaires. »

Dans certains cas, l'existence d'un éréthisme sanguin au début donnait à la maladie un caractère plus grand de gravité. Enfin, dans la forme réellement maligne, l'atâxo-adynergie apparaissait, soit isolée, soit compliquée de l'élément rémittent.

« En beaucoup de cas, dit M. Alquié, la suette maligne ne pouvait être distinguée, dès le début, de l'espèce précédemment décrite. Assez souvent même, les malades conservaient pendant plusieurs jours l'apparence de l'état bénin, quand tout à coup survenaient des symptômes alarmants qui se produisaient sous la forme d'accès ou d'exacerbation. Le type n'était pas toujours facile à constater. En certains cas, il fallait une attention prolongée pour saisir les rémissions; mais, dans la plupart, la violence des exacerbations, la différence marquée entre l'état

actuel du sujet et celui où il se trouvait naguère, ne permettaient pas à un médecin de méconnaître la marche rémittente de la maladie.

» La suette maligne s'est présentée avec des formes diverses et dignes d'être signalées. Tantôt les symptômes offraient une grande intensité ; l'excitation générale était vive, la marche rapide ; enfin l'ensemble des phénomènes rappelait la fièvre ardente et annonçait une grande puissance de l'affection. Tantôt le sujet était en proie à tous les caractères de l'adynamie, en bien des cas la marche du mal attestait un grand désordre dans les actions vitales ; d'autres fois, les faiblesses, les défaillances, la syncope même, manifestaient une nouvelle allure de la malignité. Enfin, en certaines circonstances, la marche et la terminaison de la suette étaient tellement rapides que le cas était véritablement foudroyant. »

Tels furent les principaux caractères de l'épidémie de l'Hérault ; elle se rapproche, par ses traits essentiels, de toutes les épidémies antérieurement observées. Dans certaines circonstances cependant, l'éruption ne se présente pas telle que nous l'avons décrite : au lieu de reposer sur un fonds érythémateux, d'où son nom de miliaire rouge, elle n'est entourée par aucune aréole, la peau conserve sa couleur naturelle, d'où le nom de miliaire blanche. Dans toutes les épidémies, du reste, on a constaté l'existence de l'élément ataxo-adynamique. « Les faits de guérison rapide sont rares, dit M. Grisolle ; il est beaucoup plus commun de voir la maladie revêtir un caractère fâcheux ; en général, la gravité du mal tient à la prédominance des accidents nerveux : ainsi, la céphalalgie est atroce, il y a du délire, du coma, des convulsions, des contractures,

des soubresauts et des syncopes ; mais les malades se plaignent surtout de l'épigastrie et de la constriction thoracique... Il est des individus chez lesquels le caractère grave de la maladie se révèle bien moins par la prédominance d'un seul symptôme que par un ensemble d'accidents fâcheux : ainsi, le pouls s'accélère et faiblit, les sueurs se suppriment, la peau devient aride et brûlante, l'éruption pâlit et s'affaisse ; la langue se sèche, il survient enfin un état de subdelirium, présage presque certain d'une mort prochaine¹.»

Les causes sont absolument inconnues ; on ne peut saisir que quelques-unes des conditions qui favorisent le développement des diverses complications, mais la cause réelle de l'épidémie nous échappe complètement.

Quant au traitement, c'est celui de toutes les maladies ataxo-adiynamiques. L'expérience a prouvé que les toniques unis aux antispasmodiques réussissaient le plus souvent ; des saignées modérées pourront être pratiquées, s'il existe une complication inflammatoire. Enfin, le sulfate de quinine détruit sûrement la complication rémittente, mais ne peut rien contre la maladie elle-même.

Fièvre puerpérale.

Esquissons rapidement les principaux traits de la fièvre puerpérale, afin de légitimer la place que nous lui accordons dans notre étude. Cette affection, sur la nature de laquelle on est encore loin de s'entendre, a eu le privilège

¹ Grisolle ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 113.

de soulever de nombreuses discussions, parmi lesquelles nous devons signaler comme une des plus intéressantes celle qui, en 1856, sur l'initiative de M. Guérard, passionna pendant plusieurs mois l'Académie de médecine et la presse médicale ¹ Ce fut surtout sur la question de nature que le débat s'engagea. Pour les uns, médecins localisateurs par excellence, pour MM. Piorry, Hervez de Chégoïn, Cruveilhier, Beau, Cazeaux, Bouillaud, Velpeau, J. Guérin, la fièvre puerpérale ne serait que le résultat d'une altération locale, sur la nature de laquelle chacun apporta, il est vrai, ses vues particulières. MM. Guérard, Depaul, Paul Dubois, admirent plutôt l'essentialité : peut-être ne la comprirent-ils pas de la même manière que nous la concevons à Montpellier; mais enfin, pour eux, il y a dans la fièvre puerpérale une action générale produite sur l'économie vivante par des causes également générales; la métrô-péritonite n'est que secondaire. M. Trousseau qui, à l'Académie de médecine, avait assimilé la fièvre puerpérale à une fièvre traumatique, paraît plus éclectique dans ses Leçons de l'Hôtel-Dieu. Où est la vérité? M. Paul Dubois nous paraît être entré dans une bonne voie lorsqu'il a distingué chez la femme en couches deux sortes d'accidents : les premiers, qui sont les plus fréquents, sont des accidents à forme bilieuse ou inflammatoire; les seconds constituent la fièvre puerpérale proprement dite. Déjà, Leroy avait fait une distinction semblable dans le fond, sinon dans la forme ² Dans ses

¹ Voir les *Bulletins de l'Académie* de l'époque et les articles de MM. Pidoux, Béhier, Jacquemier, etc., insérés dans divers journaux de médecine.

² Leroy; *Mémoires sur les fièvres aiguës*, pag. 37.

Leçons, M. Anglada l'a encore mieux précisée¹ La femme en couches, dit le professeur de Montpellier, est susceptible de contracter toutes les maladies; elle est sujette aux fièvres saisonnières. La fièvre puerpérale, si bien étudiée par Doulcet en 1782, était probablement une fièvre bilieuse survenue chez des femmes en couches; les succès de son traitement (l'ipécacuanha), par lequel il ne perdit que cinq malades sur deux cents, le prouvent, il nous semble, suffisamment². La femme en couches est encore exposée aux accidents inflammatoires, qui se distinguent de la fièvre puerpérale par leur curabilité plus prompte et plus facile; ce sont des localisations diverses sur l'utérus, les ovaires, le péritoine, localisations qui sont généralement le résultat d'accouchements laborieux, ayant nécessité des manœuvres fatigantes. Ces péritonites peuvent prendre certains caractères spéciaux, par suite de l'état particulier de la femme, mais elles ne constituent pas encore la fièvre puerpérale.

Celle-ci a une physionomie propre, que nous ne ferons qu'esquisser, renvoyant pour les détails de la description aux traités spéciaux d'accouchement. Elle débute par un frisson initial accompagné de pâleur, d'altération profonde des traits; la respiration est accélérée, des douleurs vives existent dans l'abdomen; il y a eu du météorisme, de la diarrhée, des vomissements. Le pouls est petit, très-fréquent; l'intelligence troublée, la sécrétion lactée supprimée, l'écoulement lochial tari, quelquefois plus abondant

¹ Anglada; *Leçons orales*, 1858-1859.

² *Mémoire sur la maladie qui a attaqué en différents temps les femmes en couches de l'Hôtel-Dieu de Paris*, etc.

et fétide; il y a en un mot un état typhoïde ou mieux ataxo-adyamique, dont les symptômes prennent plus d'intensité vers la fin de la maladie, qui se termine presque toujours malheureusement.

Les altérations anatomiques sont constituées par l'inflammation diffuse, la suppuration, la gangrène des organes génitaux; les vaisseaux lymphatiques, les veines, le péritoine sont également atteints; tous ces désordres sont du reste très-variables dans leur étendue et leur intensité.

Les causes de la fièvre puerpérale prouvent encore bien son essentialité : elles ne peuvent agir en effet que sur l'ensemble de l'organisme; elles tendent toutes, en outre, ainsi que l'a prouvé notre ami et collègue M. Espagne, à débilitier l'organisme. La grossesse, l'accouchement, l'état de fille-mère, la durée du travail, l'encombrement, l'air confiné, les conditions météorologiques, etc., ont été particulièrement étudiées dans le travail de notre collègue.

La fièvre puerpérale demande avant tout l'emploi des toniques; les évacuants sont également utiles dans quelques circonstances.

De toutes ces considérations, nous croyons pouvoir conclure que la fièvre puerpérale est une fièvre essentielle, foncièrement adynamique.

Auteurs à consulter. — Les différents ouvrages que nous avons eu l'occasion de signaler à propos de chacune des diverses espèces de fièvre adynamique que nous avons

ou l'occasion d'étudier, seront lus avec intérêt. Pinel ; *Nosographie philosophique (Fièvre adynamique)*. Alquié ; *Rapport sur la suette, etc. (Annales cliniques)*. Cazeaux ; *Traité d'accouchements. Espagne ; De la fièvre puerpérale, etc.*



GENRE II. Fièvres spécifiques à quinquina.

Les fièvres spécifiques à quinquina sont des fièvres dont les effluves marécageux constituent la cause la plus ordinaire, dont les manifestations sont variables et dont le quinquina est le remède spécifique.

Pourquoi adoptons-nous la désignation de fièvres à quinquina, de préférence à toute autre ? Parce que l'affection que nous allons étudier peut se produire en dehors de l'action de l'effluve marécageux, et que dès lors le nom de *fièvre paludéenne, marématique*, ne peut convenir à ces cas exceptionnels ; parce qu'elle se présente indifféremment sous les types intermittent, continu ou rémittent, et que dès lors l'expression *fièvre intermittente* ne s'applique qu'à une espèce de ce genre ; tandis que, quelles que soient la cause et la forme de la maladie, le quinquina en est toujours le remède spécifique : c'est le seul fait qui demeure au milieu de toutes les variations de cette affection vraiment protéiforme.

Le genre des spécifiques à quinquina comprend cinq espèces différentes :

- 1° Les intermittentes avec leurs types divers ;
- 2° Les rémittentes ;

3° Les continues, sub-intrantes, sub-continues, continues d'emblée ;

4° Les pernicieuses, qui rentrent dans une des divisions précédentes par leur type, qui s'en distinguent par le danger immédiat dont elles s'accompagnent ;

5° Les fièvres larvées, qui s'éloignent par leurs symptômes de toutes les formes précédentes, qui s'en rapprochent par leur marche, qui se présentent enfin sans gravité.

Fièvres intermittentes.

Connues dès la plus haute antiquité, les fièvres intermittentes ont de tout temps fixé l'attention des médecins. Au milieu des travaux sans nombre entrepris sur ce sujet, on distingue ceux de Sydenham, Werlhóf, Morton, Torti, Borsieri, Strack, etc. ; plus près de nous, ceux des médecins militaires, de MM. Boudin, Nepple, Maillot Haspel, etc.

Les fièvres intermittentes sont des fièvres à quinquina caractérisées par des accès composés généralement de trois stades apparaissant périodiquement et séparés par des temps de repos complet. Si nous voulions nous montrer difficile sur le choix des expressions, nous ferions remarquer que l'intermittence ne suffit pas à caractériser la marche propre aux fièvres que nous étudions, que dès lors la dénomination de fièvres intermittentes devrait être modifiée : il y a en effet, dans les accès paludéens, plus que de l'intermittence, il y a surtout de la périodicité ; les attaques de l'épilepsie, de l'hystérie, sont intermitten-

tes ; les accès de la fièvre à quinquina sont périodiques ; mais la science médicale est assez surchargée de noms pour que nous venions encore compliquer son vocabulaire et changer une désignation dont la signification est du reste parfaitement comprise de chacun.

Étiologie. — La cause la plus générale des fièvres intermittentes est un miasme particulier qui s'échappe des marais, appelé depuis Lancisi *effluve marécageux*. On ne saurait nier l'existence de ce miasme, quoique nos sens soient impuissants à le saisir. Partout où il y a des marais, il y a des fièvres à quinquina ; il existe donc un rapport nécessaire entre ces deux termes. En quoi consiste l'effluve ? Quelle est sa nature intime ? Il est plus difficile de répondre à cette question, que les chimistes, malgré leurs efforts, n'ont encore pu élucider. En agitant la vase des marais, on a recueilli un gaz composé d'acide carbonique, d'azote, d'hydrogène sulfuré et protocarboné ; on a également trouvé dans l'air des maremmes de Toscane un peu d'ammoniaque, dans la rosée une matière organique ; mais ces notions ne sont pas suffisantes, l'action d'aucun de ces principes n'étant assimilable à celle de l'effluve marécageux : il y a donc encore dans cette question une inconnue à dégager.

L'observation nous prouve que l'action de ce miasme est sollicitée par certaines conditions que nous devons maintenant faire connaître. Les saisons intermédiaires exercent une influence des plus grandes sur la production des fièvres intermittentes. Au printemps, les premiers rayons du soleil favorisent le dégagement des miasmes ; en automne, les pluies, en ramollissant le sol,

produisent le même résultat ; de plus, les alternatives de froid et de chaleur que l'on voit régner à ces époques de l'année élèvent les miasmes dans l'atmosphère ou les précipitent sur la surface de la terre, et dans ce double mouvement ceux-ci exercent chaque fois leur action nuisible sur les habitants. L'heure de la journée agit de la même manière : le matin, quand le thermomètre s'élève, les effluves montent ; le soir, avec le refroidissement de l'air, ils redescendent.

Les fièvres intermittentes n'ont pas une égale gravité dans tous les climats ; l'observation a démontré qu'elles sont surtout dangereuses dans les pays chauds, tels que les marais Pontins ; qu'elles ont un pronostic moins sérieux dans les climats tempérés, la Sologne, la Bresse, le littoral de la Méditerranée ; qu'enfin elles sont moins fréquentes et bien moins graves dans des endroits très-froids : les effluves de la Sibérie n'exercent guère leur influence que pendant deux mois de l'année (Requin).

Les vents peuvent considérablement étendre l'action des miasmes paludéens ; c'est ainsi qu'on peut expliquer dans quelques circonstances l'apparition des fièvres intermittentes dans des lieux qui n'y sont habituellement pas exposés : on a parlé, par exemple, de vaisseaux qui ont pu être atteints alors même qu'ils étaient déjà bien éloignés de tout rivage ; en 1826, la côte est d'Angleterre fut en proie à une épidémie qu'on attribua à l'action des effluves apportés de Hollande par des vents soufflant dans cette direction.

L'habitude peut, jusqu'à un certain point, diminuer la susceptibilité des sujets, mais elle ne la détruit pas entièrement. Nous avons bien souvent remarqué que les

individus nouvellement arrivés dans un pays marécageux, les habitants des Cévennes, par exemple, qui descendent dans nos campagnes à l'époque des vendanges, prennent plus facilement la fièvre intermittente ; mais nous avons également observé l'intoxication paludéenne chez les individus depuis longtemps acclimatés ; il existe même chez eux un faciès particulier, souvent aussi des engorgements viscéraux qui quelquefois sont dus à l'existence de fièvres intermittentes antérieures, mais qui, dans certains cas, sont la conséquence de l'action continue de l'effluve.

La nature des marais doit être encore prise en sérieuse considération : on sait que, de tous, les plus dangereux sont ceux qui sont constitués par le mélange des eaux douces et salées. M. Mélier a donné de cette nocuité spéciale l'explication suivante : « Chaque être, dit-il, a ses conditions d'existence hors desquelles il languit et meurt, aux poissons et à la multitude d'êtres animés qui vivent dans la mer, il faut de l'eau salée à un certain degré ; à ceux qui habitent les rivières, il faut de l'eau tout à fait douce, et l'on peut dire en thèse générale qu'ils ne sauraient s'accommoder ni les uns ni les autres d'un mélange qui a pour effet, si l'on peut ainsi dire, de les dépayser également. La même chose a lieu plus ou moins pour les végétaux. Il en résulte que le mélange en question ne tarde pas à se changer en un vaste dépôt dans lequel se décomposent par milliers les cadavres de ces êtres divers, de là des miasmes et une cause puissante d'insalubrité ¹. » De plus, l'eau de mer, ajoute M. Mélier, contient des

¹ Mélier ; *Rapport sur les marais salants*, pag. 82. 1847.

sulfates ; au contact des matières organiques, ils sont transformés en sulfures, puis en hydrogène sulfuré, autre cause d'insalubrité ; les salutaires effets des travaux de séparation des eaux douces et salées, entrepris dans un but d'assainissement, prouvent mieux que tout raisonnement les dangers de ce mélange.

D'autres causes peuvent encore, mais avec moins de puissance, donner naissance aux fièvres intermittentes à quinquina. Toute eau stagnante a ce triste privilège, qu'elle doit à la présence d'animaux et de végétaux qui s'y décomposent ; les ruisseaux taris par la sécheresse de l'été, les eaux ménagères qui ne trouvent pas un écoulement suffisant, sont dans le même cas.

Plus rarement, on rencontre des fièvres intermittentes dans les pays où se font des travaux de défrichement, où se remuent de grandes quantités de terre, pour l'établissement des chemins de fer, par exemple. Les fièvres intermittentes, rares à Paris, ont régné épidémiquement en 1811, dans les quartiers du Temple, de la Villette et de Pantin, lorsqu'on creusa le canal Saint-Martin ; en 1840, quand on éleva les fortifications qui entourent la capitale ¹

Quelques médecins ont cru que l'humidité pouvait suffire à la production des fièvres intermittentes ; cette cause ne peut que favoriser l'action de l'effluve, par elle-même elle est impuissante. Parent-Duchâtelet a montré, en effet, que les débardeurs, qui vivent continuellement dans l'humidité, ne sont jamais atteints de fièvres d'accès. Nous en dirons autant de la chaleur,

¹ Trousseau ; *loc. cit.*, pag. 751.

invoquée par M. Faure comme cause réellement efficiente. Quant à la suppression de la transpiration, admise par Fodéré, elle ne joue que le rôle de cause occasionnelle chez un individu déjà prédisposé.

L'effluve agit chez tous les sujets, indépendamment de leur tempérament, de leur constitution, de leur âge.

Les accès qui naissent à la suite de l'introduction d'une sonde dans le canal de l'urèthre ne peuvent être considérés comme des fièvres intermittentes vraies, assimilables à celles qui sont le produit d'une affection paludéenne ; ils ne sont que le résultat d'une action réflexe dont nous saisissons parfaitement le mode de production.

Incubation de l'effluve marécageux. — M. Nepple admet que l'effluve doit exercer immédiatement son action ; M. Maillot cite au contraire des cas où la fièvre intermittente ne s'est développée que douze jours après le moment où le miasme a pu être absorbé. Nous avons toujours constaté une incubation, très-variable d'ailleurs dans sa durée ; nous ne l'avons cependant jamais vue atteindre la limite admise par M. Maillot.

Symptomatologie. — Les manifestations de la fièvre intermittente se font par accès plus ou moins éloignés ; leur début est souvent brusque, quelquefois il est précédé par les prodromes suivants : céphalalgie, anxiété, bâillements, pandiculations, pâleur, etc. L'accès en lui-même est composée de trois stades : frisson, chaleur et sueur.

1° Le frisson est plus ou moins violent ; ce n'est quelquefois qu'une sensation de froid, une horripilation (chair

de poule); à un degré plus élevé, c'est un véritable frisson avec tremblement, claquement des dents; les anciens, suivant son intensité, le distinguaient en *frigor*, *rigor* et *algor*; presque toujours général, il n'affecte dans certains cas très-rares qu'une partie du corps. En même temps se produit une concentration générale des liquides vers l'intérieur, les téguments se décolorent, le corps diminue de volume, les anneaux des doigts tombent avec la plus grande facilité; les organes situés aux extrémités, le nez, les oreilles, les doigts, deviennent froids, bleuâtres. Des douleurs vagues parcourent tous les organes; il existe de l'oppression, une anxiété générale; le pouls est fréquent, petit, serré; les urines sont rares et claires; quelquefois il y a des vomissements, rarement des hémoptysies, dues au refoulement du sang vers les poumons. Malgré le froid ressenti par le malade, la chaleur thermométrique est élevée; elle peut monter jusqu'à 40 et 41 degrés, ainsi que l'ont prouvé les expériences de De Haën, Grimaud, et celles plus récentes de MM. Gavarret, Andral, Bouillaud, Monneret, Girbal¹ etc.; nous avons nous-même bien souvent fait la même observation. Nous avons également constaté, avec bien d'autres auteurs, que l'augmentation thermométrique de la chaleur précède même l'apparition du frisson. Le refroidissement n'est donc que superficiel, et la chaleur des parties profondes accusée par le thermomètre est réellement augmentée. La durée de ce stade peut n'être que de quelques minutes; elle atteint quelquefois cinq ou six heures; elle varie habituellement de demi-heure à une ou deux heures; c'est le stade le plus court

¹ Girbal; *loc. cit.*

et en même temps le plus pénible pour les malades, le seul souvent dont ils tiennent compte. Il peut enfin manquer; sa disparition présage habituellement la fin prochaine des accès.

2° A cet état de concentration succède une période de réaction; le malade présente en ce moment à peu près tous les signes d'une fièvre inflammatoire. Le pouls prend de l'ampleur, de la résistance; la face s'injecte, le corps se développe; les doigts, qui laissaient échapper les anneaux, deviennent au contraire trop volumineux; la chaleur augmente encore d'un degré, elle est vivement ressentie par le malade; les urines sont rouges. Ce stade est le plus long et le plus constant; il dure de une à quatre heures, il peut atteindre douze heures.

3° Arrive enfin la sueur, qui est la crise de l'accès. Elle est plus ou moins abondante: ce n'est quelquefois qu'une légère moiteur; dans d'autres cas, ce sont des sueurs profuses qui débilitent les malades; les urines laissent déposer un sédiment briqueté, composé d'acide urique et d'urates, preuve bien évidente de la combustion interstitielle des matières azotées pendant l'accès. Redenbacher a, du reste, constaté qu'il existait un rapport constant entre l'augmentation de la chaleur et la quantité d'urée excrétée¹ En même temps, la fièvre se calme et le bien-être reparait. Cette période dure de une à deux et même quatre heures. La longueur totale de l'accès varie entre une et dix-huit heures.

Après la sueur, tous les phénomènes morbides cessent; le temps de repos, l'apyrexie, arrive. Le malade peut

¹ Cité par Jaccoud, *loc. cit.*, pag. 86.

alors être tout à fait bien, ne ressentir aucune fatigue, si les deux accès sont assez éloignés l'un de l'autre ; il est au contraire encore brisé, courbaturé, si le temps de l'apyrexie est très-court.

Du type. — Le type est une forme particulière de la marche des maladies, et par conséquent ne peut avoir qu'une importance secondaire dans l'étude de la nature intime des états morbides. Des affections dissemblables revêtent, en effet, le même type ; un seul et même état morbide peut, au contraire, se présenter sous les types les plus variés. Le type est intermittent, continu ou rémittent ; le premier présente des variétés nombreuses, désignées sous les noms de types quotidien, tierce, quarte, double tierce, triple quarte, etc.

Le type quotidien est celui qui présente un accès tous les jours, apparaissant à la même heure et ayant des caractères toujours semblables. Dans le type tierce, il y a un jour de repos ; dans le type quarte, il y en a deux. Ces types peuvent se combiner entre eux, et on aura ainsi des fièvres double tierce, double quarte, triple quarte. La fièvre double tierce est constituée par la réunion de deux tierces, de telle sorte que chaque jour présente un accès : la différence entre une fièvre double tierce et une fièvre quotidienne dépend de la manière dont se correspondent les accès. Dans celle-ci, les accès sont tous égaux ; dans celle-là, au contraire, ceux des jours pairs sont semblables entre eux pour l'intensité, la forme, l'heure de leur apparition, et différent de ceux des jours impairs, qui se correspondent entre eux. Dans la double quarte, nous avons un accès pendant deux jours

consécutifs, un jour de repos, et de nouveau deux accès : c'est, on le voit, la réunion de deux quartes; l'accès du jeudi correspondra à celui du lundi, celui du vendredi à celui du mardi; le samedi et le mercredi seront les jours apyrétiques. Ces jours peuvent, dans certains cas, être occupés par un accès; nous avons alors le type triple quarte. La quotidienne doublée, la tierce doublée, présentent deux accès chaque jour ou tous les deux jours.

Ces diverses formes ne sont pas également fréquentes; au premier rang, il faut placer les types élémentaires quotidien, tierce, et le double tierce, qui serait bien plus commun s'il n'était souvent confondu avec le type quotidien. Il est cependant facile de le reconnaître par un examen attentif de la forme de l'accès; il arrive quelquefois, en outre, que le sulfate de quinine supprime une des deux fièvres tierces : la fièvre reprend alors son type élémentaire et n'apparaît plus que tous les deux jours. Le type quarte et surtout les double quarte et triple quarte sont beaucoup plus rares : sur 103 fièvres observées par nous pendant les mois de mars, avril, mai et juin 1860, dans le service de M. le professeur Dupré, 39 étaient quotidiennes ou doubles tierces, 51 tierces, 6 quartes, 5 irrégulières, 1 rémittente et 1 pernicieuse¹. Quelques auteurs ont admis des types quintane, sextane, octane; sur plus de mille fièvres que nous avons observées, nous n'en avons vu aucune revêtir ce type.

La gravité des fièvres intermittentes diffère suivant le type qu'elles affectent; les fièvres quartes sont plus graves;

¹ Voir la note que nous avons insérée sur ce sujet dans le *Montpellier médical*, tom. V, pag. 250. 1860.

plus longues et conduisent plus facilement à la cachexie. Une fièvre intermittente peut, du reste, pendant son cours, changer de type ; le médecin devra se féliciter des transformations d'une quarte en tierce ou en quotidienne ; il devra, au contraire, redouter le changement d'une tierce ou d'une quotidienne en quarte.

Durée. — Il est impossible d'établir une règle fixe relativement à la durée des fièvres intermittentes. Tel malade n'a que deux accès, tandis que tel autre voit la fièvre persister pendant des mois et même des années, en dépit des traitements les plus rationnels. Constatons toutefois que, dans ces cas, la fièvre intermittente laisse de grands temps de repos au sujet, et que, si elle persiste, ce n'est qu'au moyen de continuelles récidives.

Les *récidives* sont, en effet, très-fréquentes et leur guérison toujours difficile à obtenir. D'après quelles lois se fait ce retour de la fièvre intermittente ? Werlhof prétendait que les accès revenaient dans les semaines qui correspondaient au type de la fièvre. Ainsi, une fièvre quotidienne reparaisait dans le courant de la semaine suivante, une fièvre tierce laissait au moins une semaine de repos : c'était là ce que Werlhof appelait les semaines paroxystiques ; l'observation ultérieure n'a pas confirmé l'opinion de Werlhof. Graves, suivant en cela l'exemple de Strack, établit la loi suivante : « La loi de périodicité des fièvres intermittentes, dit-il, ne domine pas seulement l'enchaînement et le mode de succession des paroxysmes, mais elle régit aussi les intervalles apyrétiques ; en d'autres termes, la même loi qui préside aux manifesta-

tions paroxystiques de la maladie tient sous sa dépendance les périodes pendant lesquelles il n'y a pas d'accès; bien que latente alors, son influence n'en est pas moins réelle, seulement il se passe ici ce qui a lieu dans une horloge dont la sonnerie a été enlevée : la fin de chaque heure n'est plus annoncée par le signal ordinaire¹ » Cette loi n'est pas générale; un grand nombre de faits ne sauraient y rentrer. M. le professeur Dupré pose en principe que la fièvre ne récidive pas avant huit jours, mais qu'après cette limite on doit s'attendre à chaque instant à la voir ressusciter² Les observations que nous avons faites dans le service de M. le professeur Dupré, notre expérience personnelle, justifient pleinement cette manière de voir; nous verrons plus tard quelles en sont les déductions pratiques.

Les récidives, en se multipliant, créent dans l'économie une sorte d'habitude qu'il devient très-difficile de déraciner; elles peuvent, en outre, conduire le malade à la cachexie appelée, à cause de l'affection qui la produit, cachexie paludéenne.

Cachexie paludéenne. — La cachexie paludéenne est une espèce d'anémie présentant des caractères particuliers qu'elle emprunte à la cause qui la produit. Cette définition nous montre que nous devons tout d'abord trouver dans la cachexie paludéenne les mêmes altérations du sang que dans l'anémie proprement dite : diminution des globules rouges, qui de 127 peuvent descendre à

¹ Graves; *loc. cit.*, tom. I, pag. 480.

² Dupré; *Leçons orales.*

110, 90 et même 50 ; diminution de l'albumine, augmentation du sérum, qui de 790 peut monter à 900 ; enfin, dans certains cas plus rares, diminution de la fibrine. Chacune de ces altérations donne lieu à des phénomènes particuliers. « Cet appauvrissement du sang, ainsi que le remarquent MM. Léonard et Folley ¹, se traduit : pour les globules, par la débilitation de toute l'économie, par la décoloration de la peau et des muqueuses et certains troubles de l'innervation ; pour la fibrine, par les taches violacées de l'enveloppe cutanée, les épistaxis, le saignement scorbutique de la bouche, quelquefois la gangrène de ses parois, les douleurs musculaires dans les membres ; pour l'albumine, par les bouffissures, les infiltrations séreuses qui, chez les individus épuisés par les fièvres intermittentes, terminent presque toujours la scène des désordres que nous venons d'énumérer. »

On peut encore rencontrer dans la cachexie paludéenne une autre altération à laquelle, dans ces derniers temps, on a donné le nom de *leucocythémie*, et caractérisée par l'augmentation des globules blancs du sang.

Suivant Moleschott, le rapport existant normalement entre les globules blancs et les rouges est de 1 à 340 ; il peut descendre, dans la leucocythémie, de 1 à 20, et même, suivant M. Vidal, de 1 à 1.

Toutefois, pour reconnaître cette altération, le microscope est indispensable ; il faut se procurer du sang en piquant l'extrémité du doigt du malade, et on le soumet à l'analyse. C'est là le seul caractère réellement pathogno-

¹ *Recherches sur l'état du sang dans les maladies endémiques de l'Algérie. (Recueil des mémoires de médecine militaire, tom. LX.)*

monique, et il nous est arrivé bien des fois d'observer tous les phénomènes extérieurs de la maladie, sans que le microscope dénotât l'existence de l'altération caractéristique du sang. Qu'on ajoute au résultat ainsi obtenu l'hypertrophie plus ou moins appréciable de la rate et des ganglions lymphatiques, et on aura les symptômes vraiment caractéristiques de la maladie.

A côté d'eux viennent se ranger d'autres phénomènes, affaiblissement général, pâleur terreuse, palpitations, bruits de souffle, etc., qui ne sont que la conséquence de l'état d'anémie plus ou moins avancé dans lequel se trouve le malade. On a encore rattaché à la leucémie deux symptômes dont l'interprétation peut varier ; ce sont les hydropisies et la tendance aux hémorrhagies. Le premier nous paraît devoir plus rationnellement être mis sur le compte de l'état cachectique qui accompagne constamment la leucémie ; quant à la tendance aux hémorrhagies (nasales, gingivales, intestinales, sous-cutanées), Virchow la rattache à l'augmentation de la rate ; mais le foie, qui lui aussi est généralement hypertrophié et dont l'influence sur la production des hémorrhagies est des plus manifestes ; mais le sang altéré dans sa composition, ne doivent-ils pas réclamer une part dans la genèse de ce phénomène ?

Quoi qu'il en soit, la marche de la maladie est essentiellement chronique ; quant à sa terminaison, on peut affirmer qu'elle est en quelque sorte forcément fatale, quand la leucémie est une fois bien caractérisée. Il faut savoir cependant qu'il est des leucémies essentiellement transitoires, comparables aux albuminuries passagères, que l'on retrouve dans grand nombre de maladies, et qui n'ont plus dès lors la même valeur.

La pathogénie de cette lésion du sang, malgré les travaux de Virchow¹, de Bennett, de Magnus Huss, de MM. Vidal, Lancereau, Trousseau, etc., reste encore obscure. On a bien dit que, les leucocytes étant fournis par la rate et les ganglions lymphatiques, il était naturel de rapporter la lésion du sang à l'hypertrophie, ou tout au moins à l'hypercrinie de ces organes. Mais il ne faut pas oublier que l'on trouve souvent dans la rate et les ganglions des lésions identiques à celles qu'on observe dans la leucémie, sans que pour cela il y ait la moindre altération dans le liquide sanguin. Il existe en effet une maladie étudiée dans ces derniers temps par Hodgkin, Bonfils, Pavy, Billroth, Cornil, Conheim, Wunderlich, Trousseau, Spillmann², etc., connue sous le nom d'adénie, et qui présente tous les caractères signalés dans la leucémie, à l'exception du fait principal, l'augmentation des globules blancs. Il faut donc encore rester dans le doute sur le mode de formation de l'altération leucémique; sa pathogénie ne pourra être bien connue que lorsque nous serons définitivement fixés sur le mode de formation des globules blancs, ainsi que sur les fonctions des ganglions lymphatiques et de la rate.

Les mêmes réflexions s'appliquent à la *mélanémie*, lésion constituée par la présence dans le sang de corpuscules pigmentaires affectant diverses formes. Est-ce l'altération de la rate, comme le veut Frerichs, qu'il faut accuser de cette production anormale? La lésion du sang

¹ Virchow; *Pathologie cellulaire. Sang et lymph.*

² Spillmann; *Archives générales de médecine*, août 1867.

est-elle survenue sous l'influence des perturbations nutritives profondes que détermine la cachexie palustre, ainsi que le croit M. Jaccoud¹? Nous pencherions vers cette dernière opinion, mais nous ne pouvons nous prononcer d'une manière définitive. Avec la mélanémie peuvent exister des troubles variables qui, suivant l'organe qu'ils affectent plus particulièrement, constituent, d'après Freichs, les formes hépatique cérébrale, rénale; dans une quatrième, les désordres locaux s'effacent devant les phénomènes plus généraux de l'anémie et de l'hydrémie.

La mélanémie peut se former tantôt rapidement, tantôt lentement. « Lorsque la fièvre surtout a eu une longue durée, dit Griesinger, des colorations grises caractéristiques se produisent dans le foie, la rate, les reins, les glandes lymphatiques, le mésentère, la substance corticale du cerveau, le tégument externe; nous signalerons ensuite cette riche pigmentation des capillaires qui amène dans leurs parois des changements remarquables. On observe quelquefois, avec ces troubles de la circulation, des déchirures des vaisseaux dans les organes les plus importants à la vie et en particulier dans le cerveau; tous ces processus morbides semblent appartenir essentiellement à un ensemble symptomatique très-grave et caractérisent beaucoup de fièvres pernicieuses². » L'origine, la valeur de cette altération nous paraissent encore assez obscures; il est donc impossible d'avoir une opinion bien arrêtée sur tous ces points.

La leucémie et la mélanémie ne s'observent que rare-

¹ *Notes aux leçons de clinique médicale* de Graves, tom. I, pag. 474.

² Griesinger; *loc. cit.*, pag. 37.

ment; il n'en est pas de même de l'aglobulie. qui au contraire est un fait constant. Concurrément avec l'aglobulie existent les bruits de souffle que l'on entend spécialement sur le trajet des grosses artères, des carotides par exemple. Ces bruits sont uniques, intermittents ou continus, ou à double courant (bruit de diable). Leur siège, leur cause ont été différemment interprétés, et de là les nombreuses théories à leur sujet de MM. Viennois, Aran, Beau, de la Harpe, Monneret, Potain, etc. Pour ce dernier, et nous nous rangeons à son opinion, les bruits du cœur siègeraient aux orifices artériels; et quant aux bruits du cou, avec Ward, Hope, Aran, M. Potain admet qu'ils se produiraient, les intermittents dans les artères et les continus dans les veines. Les causes, d'après le même auteur, seraient également multiples et consisteraient dans un état particulier : 1° des parois vasculaires; 2° du sang; 3° de la circulation¹. Nous ne pouvons en ce moment nous livrer à une discussion de cette théorie; nous renvoyons le lecteur à l'appréciation que nous en ferons dans notre *Traité élémentaire des altérations du sang*.

En dehors de ces faits, communs à toutes les anémies, il en est de particuliers à celle que nous étudions actuellement. Ainsi, la teinte de la peau est d'un jaune terreux qui se distingue des colorations plus ou moins jaunes de l'ictère, de la chlorose et de la cachexie cancéreuse. La rate est hypertrophiée; ce fait est tellement fréquent que certains auteurs, M. Piorry en particulier, ont voulu en faire la cause prochaine de la fièvre intermittente. Nous

¹ Voir Potain; article *Anémie* du *Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales*.

montrerons bientôt la fausseté de cette théorie; ce qui a pu lui donner quelque apparence de vérité, c'est que la congestion de la rate se produit de très-bonne heure, dès le premier accès, sous l'influence du mouvement de concentration qui précipite le sang vers les organes internes, et que, se répétant à chaque paroxysme elle finit par modifier le tissu même de l'organe; la rate, en effet, s'hypertrophie et s'indure. Elle peut ne pas dépasser le rebord costal; la percussion seule, dans ce cas, fait reconnaître l'engorgement; plus souvent elle descend dans la fosse iliaque et peut même atteindre la crête iliaque. Indolore la plupart du temps, l'engorgement de la rate, dans certains cas, occasionne quelques douleurs, surtout pendant l'accès. Sydenham avait cru que la congestion splénique était un bon signe, principalement chez les enfants: « Il n'y a, dit-il, aucune espérance de les délivrer de la fièvre, jusqu'à ce que la région de l'abdomen, surtout vers la rate, ait commencé de se durcir et de se tuméfier. » Il est parfaitement reconnu, au contraire, que cette altération est d'un fâcheux augure, et qu'il faut toujours, tant qu'elle persiste, craindre le retour des accès.

Le foie peut aussi être congestionné. hypertrophié même; il l'est cependant moins fréquemment et moins profondément que la rate.

L'hydropisie est un des symptômes les plus saillants de la cachexie paludéenne. Elle est produite par l'altération du sang (diminution de l'albumine, augmentation de l'eau, hydrémie). Elle est plus ou moins étendue; ce n'est quelquefois qu'une ascite légère, dans la pathogénie de

¹ Sydenham; *Médecine pratique*, trad. Baumes, tom. I, pag. 93.

laquelle l'engorgement de la rate et du foie entre aussi pour une large part ; plus souvent l'ascite s'accompagne d'œdème des membres inférieurs, quelquefois enfin c'est une anasarque générale. Dans certains cas, l'épanchement se fait également dans d'autres cavités séreuses, dans l'intérieur des organes ; on a ainsi des hydrothorax, des œdèmes du poumon, des épanchements dans les ventricules du cerveau, etc. L'accumulation de sérosité qui, nous l'avons dit, tient la plupart du temps aux altérations du sang, peut aussi dépendre quelquefois des lésions concomitantes existant dans le rein ; si on examine les urines, on y trouve alors de l'albumine : on peut donc admettre que dans ces cas une véritable maladie de Bright s'est développée.

En même temps existent des phénomènes communs à toutes les cachexies : faiblesse générale, paresse, troubles digestifs, anorexie, diarrhée, pouvant amener le ramollissement, l'ulcération et quelquefois même la mortification de la muqueuse intestinale¹ céphalalgie ou lourdeur de tête, faiblesse du pouls, etc. ; enfin des accès de fièvre apparaissent de temps en temps, mais d'une manière très-irrégulière ; il n'y a plus de périodicité.

Complications. — La fièvre intermittente est presque toujours compliquée par des états morbides divers : inflammatoire, bilieux, muqueux, catarrhal, etc. Il faut bien se garder de regarder, avec Pinel, ces complications comme constituant le fond de la maladie, et l'exacerba-

¹ Durand (de Lunel) ; *Traité dogmatique et pratique des fièvres intermittentes*. Paris, 1862.

tion, l'accès, comme n'en étant que la manifestation; chacune de ces affections peut, en effet, présenter des paroxysmes plus ou moins forts, mais ils n'ont rien de commun avec les accès si nettement accentués de la fièvre intermittente.

De toutes ces complications, les plus fréquentes dans nos contrées sont l'état bilieux et l'embarras gastrique simple, d'où la plus grande nécessité pour nous de l'emploi des vomitifs.

Anatomie pathologique.— Les altérations de la rate sont à peu près constantes dans la fièvre intermittente; au début, c'est une simple congestion, une simple hyperémie, qui doit se produire pendant le stade de frisson, à la suite du mouvement de concentration qui précipite les liquides vers les organes internes. Jaschkowitz assimile cette congestion à celle qui est produite dans l'expérience de Cl. Bernard par la section du grand sympathique à la région cervicale; en coupant le plexus splénique du grand sympathique, il a constaté, en effet, la congestion de la rate. Mais quand la fièvre a duré longtemps, le tissu s'hypertrophie; des granulations pigmentaires s'y trouvent en nombre considérable; quelquefois il subit la dégénérescence lardacée; des abcès, des gangrènes s'y rencontrent aussi, mais bien plus rarement.

Le foie présente souvent des altérations semblables à celles de la rate; cependant, dans nos contrées, elles ne sont ni aussi fréquentes ni aussi accentuées. Les altérations sont constituées par une simple congestion, une hypertrophie, un état graisseux et même une cirrhose. On trouve aussi dans l'organe un abondant contenu de pig-

ment ; le foie prend alors une coloration grise, gris brun, ou qui se rapproche plutôt de la couleur du chocolat, et l'on peut, même à l'œil nu, mais surtout avec le microscope, constater sur les parois des vaisseaux des points obscurs, diffus ou en forme de stries ; le pigment ne se retrouve pas dans les cellules du foie, mais de préférence sur de petits vaisseaux aussi bien artériels que veineux, et dans leur intérieur comme dans leur voisinage (Griesinger).

Le rein est encore susceptible de présenter certaines altérations : pigmentation abondante de l'organe, dégénérescence amyloïde, lardacée, comme dans la maladie de Bright, etc.

Enfin, dans la cachexie peuvent se produire des lésions secondaires du côté des poumons, de l'intestin, du cerveau, etc.

Quant aux altérations du sang, nous avons déjà dit en quoi elles consistent.

Diagnostic. — Le diagnostic de la fièvre intermittente ne présente aucune difficulté ; la connaissance de la cause qui lui a donné naissance, et surtout la forme de l'accès, empêchent de la confondre avec toute autre maladie. Les exacerbations de la fièvre catarrhale ne sont pas, en effet, aussi nettes, aussi tranchées ; l'apyrexie n'est pas complète. Les accès de la fièvre hectique se distinguent surtout d'après la lésion organique qui les entretient. Peut-on prévoir le type qu'affectera la fièvre ? Galien croyait pouvoir le reconnaître d'après l'intensité du frisson du premier accès ; l'observation n'a pas confirmé cette opinion.

Pronostic.— La fièvre intermittente, sérieuse par elle-même, perd beaucoup de sa gravité, grâce au remède héroïque qu'on peut diriger contre elle. Toutefois, il ne faut pas oublier que, malgré le quinquina, un grand nombre de fièvres intermittentes peuvent récidiver, surtout s'il est impossible au malade de quitter les lieux infectés, et qu'elles conduisent ainsi souvent à la cachexie. Au point de vue du pronostic, une distinction importante doit être établie entre les fièvres vernales et automnales. Les premières sont plus bénignes, leur curation est facile, et même, d'après Sydenham, elles doivent être abandonnées à elles-mêmes, elles ne réclament aucun traitement, puisque, ajoute-t-il, « personne, que je sache, n'en est mort ¹. » Les secondes, au contraire, sont beaucoup plus graves et plus tenaces : en automne, en effet, les maladies s'accompagnent presque toujours d'un état d'asthénie qui imprime également aux fièvres intermittentes un cachet particulier. De plus, les fièvres automnales se présentent avec le type quarte, qui apporte constamment avec lui un pronostic plus fâcheux ; les fièvres vernales affectent, au contraire, les types tierce, double tierce ou quotidien : ce sont ces fièvres qui peuvent cesser spontanément, soit au septième accès, comme le voulait Hippocrate, soit plus tôt ou plus tard. Ce mode de solution de la maladie est assez fréquent ; sur les 103 fièvres dont nous avons eu occasion de parler, 33 ont cédé spontanément ². Le traitement par la salicine, la poudre de houx, l'olivier, l'écorce de marronnier d'Inde, et bien d'autres moyens aussi inoffensifs, n'est-il

¹ Sydenham ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 71.

² *Montpellier médical*, 1860, tom. V, pag. 250.

pas, du reste, la preuve manifeste de la puissance de la nature médicatrice dans les fièvres intermittentes ?

Traitement. — Ce sont les méthodes analytique et empirique qui nous guideront dans le traitement des fièvres intermittentes. La méthode naturelle pourrait bien être employée dans quelques fièvres du printemps; mais puisque nous possédons un remède assez efficace pour enrayer sûrement les accès, puisque ce remède ne présente aucun danger quand on l'emploie avec prudence, il nous paraît inutile d'attendre une guérison spontanée, qui pourrait, du reste, ne pas arriver.

Trois indications doivent être établies dans le traitement des fièvres intermittentes :

- 1° Combattre les complications;
- 2° Celles-ci détruites, attaquer directement la fièvre;
- 3° Éviter les récidives.

Les complications les plus fréquentes dans nos contrées, avons-nous dit, sont l'état bilieux et l'embarras gastrique simple; aussi faisons-nous toujours précéder l'administration de la quinine par un vomitif, et nous agissons ainsi avec d'autant plus d'ardeur que le vomitif exerce également une action perturbatrice et peut prévenir l'accès en empêchant la concentration qui constitue le premier stade.

2° La deuxième indication peut se décomposer en deux : *a* traitement de l'accès; *b* traitement de l'affection.

a. Le traitement de l'accès varie suivant les différents stades qui le composent. Dans le premier, on cherche à rappeler les mouvements à la peau au moyen des infusions excitantes, de thé, de tilleul, etc.; on surcharge le malade

de couvertures ; on peut même, s'il y a lieu, promener des sinapismes sur la surface du corps. Dans le deuxième stade, il faut, au contraire, chercher à modérer l'intensité de la réaction ; on découvrira le malade, on lui fera prendre des boissons calmantes, rafraîchissantes (limonade, orge, etc.). Enfin, pendant la sueur, il n'y a rien à faire qu'à empêcher le malade de s'exposer à un brusque refroidissement. Des moyens hygiéniques suffisent donc la plupart du temps ; dans certains cas cependant, il peut survenir des accidents qui réclament des secours plus énergiques ; la période de frisson s'accompagne, en effet, quelquefois de vomissements, qu'on combattra par les potions anti-émétiques de Rivière ou de De Haën. Dans le stade de chaleur, il peut se produire quelques symptômes de congestion vers la tête : on appliquera alors des révulsifs sur les extrémités inférieures, et même, s'il y a lieu, on pratiquera une légère saignée.

b. L'affection paludéenne possède un spécifique, c'est-à-dire un agent qui s'adresse directement à elle, qui la détruit sûrement, sans nous dévoiler en aucune manière le mode de son action. Ce spécifique, c'est le quinquina, arbre de la famille des Rubiacées, tribu des Cinchonées, dont on connaît et on emploie plusieurs espèces. Le quinquina Calisaya est celui qui renferme le plus de quinine ; alcaloïde découvert en 1820 par MM. Pelletier et Caventou. Nous n'avons pas à rappeler toutes les luttes qui accueillirent les premiers essais que l'on fit du quinquina ; aujourd'hui, ce remède a pris droit de cité dans la matière médicale, et nul ne saurait lui disputer ses propriétés spécifiques contre les fièvres que, par cette raison, nous avons appelées fièvres à quinquina.

Dans l'emploi du quinquina, il y a trois points à considérer : *a* les contre-indications ; *b* le mode d'administration ; *c* l'époque de l'administration.

a. Les *contre-indications*, peu nombreuses du reste, s'effacent même dans certains cas : dans la fièvre pernicieuse par exemple. Ici en effet il faut agir vite et ne pas se laisser détourner du but principal par des considérations de moindre importance. Dans les fièvres intermittentes simples au contraire, où l'indication n'est pas aussi pressante, il faut avoir égard à ces contre-indications. La première est fournie par l'irritation de la muqueuse digestive, que l'on reconnaît à la rougeur de la langue, à la sensibilité épigastrique et abdominale, etc. ; le quinquina pourrait augmenter cet état, provoquer des vomissements, de la diarrhée. Dans ces cas-là, si toutefois la contre-indication n'est pas trop marquée, on peut encore prescrire le quinquina, à la condition de lui associer quelque préparation opiacée, et d'employer concurremment les moyens propres à combattre l'irritation de la muqueuse digestive (boissons tempérantes, cataplasmes sur le ventre, lavements émollients) ; si la susceptibilité de l'estomac était trop vive et que l'indication du quinquina ne fût pas trop pressante, on devrait au contraire avant tout chercher à détruire la complication.

On sait que le quinquina exerce une action spéciale sur les centres nerveux, qu'il produit de la surdité, des tintements d'oreille, une céphalalgie constrictive, quelquefois même du délire¹. Certains sujets, par une idiosyncrasie

¹ Trousseau et Pidoux ; *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, tom. II, pag. 336.

qui leur est propre, et que l'expérience seule peut faire connaître, sont particulièrement influencés par le quinquina ; il faut alors donner le sulfate de quinine à petites doses et à intervalles aussi éloignés que possible, de manière à empêcher l'intoxication de se produire.

b. Mode d'administration. — Le sulfate de quinine est la préparation que l'on doit préférer ; il faut le donner en solution plutôt qu'en pilules, car il agit ainsi bien plus sûrement ; ce n'est que chez les personnes qui ont une trop grande répugnance pour le remède, et qui ne sont affectées que de fièvres intermittentes bénignes, qu'on consentira à employer la forme pilulaire. Le sulfate de quinine peut être aussi administré par la méthode endermique, quand la présence d'une irritation intense de la muqueuse digestive empêche de le donner par l'estomac, ou quand il faut agir sur plusieurs points à la fois, de manière à exercer une action rapide ; les lavements quinquiques seront aussi employés dans les mêmes circonstances. Dans ces derniers temps, on a utilisé aussi les injections sous-cutanées ; mais comme les piqûres doivent être nombreuses pour permettre au malade d'absorber une dose suffisante de sulfate de quinine ; comme on a vu à la suite de ces piqûres des accidents locaux, quelquefois même d'une assez grande gravité, se produire, nous conseillons de réserver cette méthode pour les cas où tout autre mode d'administration est impossible ou insuffisant. Enfin, M. Manetti a trouvé une autre préparation qu'il a appelée éther quinique ¹ et qui, absorbée par les voies respiratoires, paraît exercer une action avantageuse, ainsi que

¹ *Gazetta medica Lombarda*, juillet 1859.

tendent à le démontrer les observations de MM. Eissen, Wurzian, Groh et Dupré ¹

Le sulfate de cinchonine jouit également de propriétés fébrifuges; il résulte cependant des travaux de MM. Moutard-Martin ² et Nonat ³ que son action est moins énergique que celle du sulfate de quinine, et qu'il est pour le moins aussi toxique que son congénère.

Citons enfin l'extrait alcoolique, faussement appelé résine de quinquina; cette préparation, vulgairement employée à Montpellier, soit isolément, soit associée au sulfate, rend les services les plus éminents dans le traitement des fièvres intermittentes bénignes ou pernicieuses; sa dose est de 4 à 6 grammes.

c. Époque de l'administration du quinquina. — Faut-il donner le spécifique immédiatement avant l'accès (Torti, Cullen)? ou à la fin du paroxysme (Sydenham, Morton, etc.)? Faut-il encore, comme le veulent de nos jours un grand nombre de médecins, l'administrer dans l'intervalle des deux accès? La règle suivante nous paraît devoir être établie. Il faut donner le sulfate de quinine avant l'accès, de manière à ce qu'il ait le temps d'agir, mais non à un moment trop éloigné, car alors son action serait peut-être épuisée. Dans les fièvres quotidiennes, on doit donc commencer immédiatement après l'accès; dans les tierces, on peut laisser quelques heures de repos au malade; dans les quartes, enfin, on peut attendre un ou

¹ *Montpellier médical*, tom. III, pag. 272. 1859.

² Voir le rapport de M. Bouchardat à l'Académie de médecine sur le travail de M. Moutard-Martin, et la discussion à laquelle il a donné lieu. (Séances du 27 mars 1860 et suiv.)

³ *Gazette des hôpitaux*, 22 mai 1860.

deux jours. Soixante centigrammes à un gramme de sulfate de quinine, associés à 4 ou 6 grammes de résine de quinquina, seront ainsi administrés dans les vingt-quatre heures; les mêmes doses seront répétées le lendemain dans les quotidiennes et les tierces, le surlendemain dans les quartes; enfin, on n'oubliera pas qu'un vomitif doit toujours précéder l'emploi du sulfate de quinine pour les motifs précédemment indiqués. Nous pouvons affirmer que bien peu de fièvres résisteront à cette méthode; nous l'avons toujours vue réussir entre les mains de M. le professeur Dupré à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, pendant que nous étions chef de clinique, et depuis lors nous l'avons employée avec succès dans les divers services dont nous avons été chargé.

3^o La troisième indication a pour but d'éviter les récives; on la remplit en administrant le sulfate de quinine à des intervalles déterminés. Nous avons déjà dit comment Strack, Werlhof, Graves, M. Dupré, avaient compris les semaines paroxystiques; naturellement chacun de ces médecins réglait le mode d'administration du sulfate de quinine sur l'opinion particulière qu'il s'était faite sur ce point. La méthode que nous conseillons est encore celle de M. le professeur Dupré: elle consiste à donner de nouveau le spécifique huit jours après la dernière prise, et à agir ainsi pendant trois semaines; arrivé à ce moment, le malade peut se considérer comme à l'abri de toute rechute, si toutefois, bien entendu, il ne s'expose pas de nouveau à l'intoxication marématique.

Succédanés du quinquina. — Si le quinquina jouit aujourd'hui sans contestation de la vogue qu'il mérite,

ce n'est pas cependant sans avoir vaillamment combattu : à toutes les époques, on a cherché à le remplacer dans la thérapeutique ; on voulait surtout trouver un remède qui, offrant les mêmes garanties, fût en même temps moins onéreux, plus facilement à la portée de tous les malades. M. Boudin a fait, dans ce but, de nombreux essais avec l'acide arsénieux, et il a cru, d'après le résultat de ses expériences, pouvoir accorder à ce médicament des propriétés supérieures à celles du sulfate de quinine¹ M. Fuster, qui l'a expérimenté à Montpellier, a adopté les conclusions de M. Boudin² De la lecture attentive de tous les documents publiés sur la matière, et d'après nos propres observations, nous croyons pouvoir conclure que l'acide arsénieux jouit, en effet, de la propriété d'arrêter les accès des fièvres paludéennes ; mais nous devons ajouter aussi que son action n'est ni aussi certaine ni aussi immédiate que celle du sulfate de quinine : sur 26 malades traités par M. Champouillon, 11 seulement furent guéris³ ; nous avons vu souvent la maladie ne céder qu'au troisième, au quatrième et quelquefois au cinquième accès. Souvent même aussi l'arsenic reste tout à fait inefficace. On ne doit donc pas hésiter à ne lui accorder que le second rang dans la thérapeutique des fièvres intermittentes, et à ne l'employer que dans les cas où le malade, déjà saturé de quinquina, est devenu, par le fait de l'habitude, rebelle à son action. La dose d'acide

¹ *Traité des fièvres intermittentes, continues et rémittentes*, pag. 277.

² *Observations sur l'emploi de l'acide arsénieux dans le traitement des fièvres intermittentes paludéennes*, par M. Girbal. (*Gazette médicale de Paris*, 1852.)

³ *Gazette des hôpitaux*, pag. 156. 1850.

arsénieux varie de quelques milligrammes à un, deux, trois et cinq centigrammes.

Quant au sulfate de fer, à la salicine, à la poudre de houx, à l'olivier, à l'écorce de marronnier d'Inde, nous leur refusons toute propriété spécifique. Les amers, gentiane, quassia amara, columbo, etc., peuvent être employés dans les intermittentes printanières, dont elles aideront la solution spontanée ; ils agissent alors en combattant l'embarras gastrique qui accompagne ces fièvres.

Il y a quelques années, les médecins de la Corse, de Cannes, de Nice, ont vanté les propriétés fébrifuges de l'*Eucalyptus globulus*. Il paraîtrait, d'après nos honorables confrères, que cet arbre jouirait d'abord de vertus prophylactiques considérables, puisque, dans les pays où il croît en grande abondance, les fièvres intermittentes sont inconnues, et puisque des contrées essentiellement marécageuses ont été en grande partie assainies par les plantations qu'on a faites de l'*Eucalyptus*. M. A. Gimbert et bien d'autres ont pensé qu'à ces propriétés prophylactiques l'*Eucalyptus* devait joindre une vertu curatrice, et en conséquence ils ont essayé ce nouveau médicament ; ils affirment avoir obtenu ainsi de très-grands succès. M. Gubler est de leur avis¹ Nous avons cru, nous aussi, pendant l'automne dernier, devoir étudier les propriétés de l'*Eucalyptus*. Nous avons employé les feuilles en décoction, à la dose de 20, 30 et 40 gram. dans un litre d'eau ; cette dose n'a jamais pu être dépassée : une concentration plus forte devenait en effet insupportable et provoquait souvent des vomissements ou de la diarrhée, et d'une autre

¹ *Bulletin de thérapeutique*. 1871.

part une plus grande quantité de liquide était difficilement ingérée par le malade. Les résultats que nous avons obtenus prouvent que l'Eucalyptus jouit de certaines propriétés fébrifuges ; il a réussi en effet quelquefois à arrêter la fièvre ; mais dans la moitié des cas environ il est resté inefficace ; la poudre de feuilles (6, 10, 12 grammes) n'a pas mieux réussi. En conséquence, nous nous croyons autorisé à affirmer, tout en reconnaissant que l'Eucalyptus pourra être utilisé dans certaines circonstances, en particulier dans les fièvres vernaes, que le quinquina reste toujours le seul spécifique de la fièvre intermittente.

Est-il réellement spécifique ? s'adresse-t-il à l'état morbide ? Ou bien agit-il seulement comme antipériodique ? Deux ordres de faits peuvent répondre à ces questions.

1^o Le quinquina est utile non-seulement dans les fièvres intermittentes, mais aussi dans les continues et les rémittentes : donc il ne se borne pas à prévenir l'accès, qui n'est plus ici nettement caractérisé, et il faut admettre qu'il s'adresse à la cause, à l'affection, qu'il est spécifique ;

2^o D'un autre côté, on ne peut nier l'efficacité relative du quinquina dans les accès de la fièvre hectique : il en diminue l'intensité, il les supprime même pendant un certain temps ; ici, il n'est pas spécifique, la cause n'est plus la même, en effet, que dans les cas précédents : c'est une lésion organique contre laquelle le quinquina est totalement impuissant ; il ne s'adresse qu'à une manifestation, il est antipériodique. Le quinquina réunit donc les deux propriétés spécifique et antipériodique, ainsi que l'ont admis MM. Trousseau et Pidoux ¹

¹ *Traité de thérapeutique et matière médicale*, tom. II, pag. 425.

Traitement de la cachexie paludéenne. — Nous avons établi que la cachexie paludéenne était une anémie produite par une cause particulière ; deux indications doivent donc être établies :

1° Soustraire le malade à cette cause ;

2° Rétablir les forces, rendre au sang ses éléments normaux.

Si, en effet, le malade n'abandonne pas la localité dans laquelle il a contracté les fièvres intermittentes, il ne doit pas espérer une guérison complète ; d'un autre côté, l'état de débilité profonde dans lequel il est tombé, réclame l'emploi de toniques puissants : un régime reconstituant, diverses préparations de quinquina (vin, décoction, etc.), le fer, les amers, constitueront la base du traitement. L'hydrothérapie pourra être employée, à condition que le sujet ne soit pas trop affaibli et que la réaction puisse s'établir.

Contre l'hydropisie on emploiera, concurremment avec les moyens ci-dessus indiqués, les diurétiques (nitrate de potasse, scille, digitale, etc.) ; si l'ascite est très-développée, on pratiquera une ponction. La diarrhée réclamera l'emploi des astringents ou des opiacés ; enfin, si de temps en temps apparaissaient encore quelques accès fébriles, on aurait de nouveau recours au sulfate de quinine.

Nature. — Des opinions bien différentes les unes des autres ont été émises sur cette question ; la plupart d'entre elles ont été savamment étudiées par M. Farrat dans sa thèse de concours¹ ; aussi ferons-nous plus d'un emprunt

¹ Farrat ; *Apprécier les travaux des médecins du XIX^e siècle sur la nature et le traitement des fièvres intermittentes.* Montpellier, 1854.

au travail de notre confrère. Nous rencontrons d'abord la théorie de Broussais et de Mongellaz, pour qui les fièvres intermittentes sont des gastro-entérites périodiques. Cette gastro-entérite est-elle réelle ? l'autopsie l'a-t-elle démontrée ? comment produirait-elle des effets intermittents ? comment agirait le quinquina ? Telles sont les objections que soulève aussitôt le simple énoncé de ce système. L'opinion de Brown, de Giannini, qui rapportent la fièvre intermittente à une asthénie essentielle, à une faiblesse du système artériel, ne saurait davantage être admise.

Le système de MM. Audouard et Piorry, dont nous avons déjà parlé, a eu plus de retentissement ; il nous paraît aujourd'hui définitivement jugé. Des objections sans nombre ont été faites contre cette théorie ; il nous suffira de rappeler : 1° que la fièvre intermittente peut exister sans engorgement de la rate : les ouvrages de M. Piorry en contiennent à eux seuls dix-sept cas¹ ; 2° que l'hypertrophie de cet organe est surtout marquée dans la cachexie paludéenne, époque où l'on n'observe presque plus d'accès ; 3° enfin, que la congestion de la rate se rencontre dans d'autres états morbides, la fièvre typhoïde par exemple.

M. Bally, persuadé que les animaux n'ont pas de fièvre intermittente, rapporte cette immunité à leur position constamment horizontale. La fièvre intermittente chez l'homme ne serait que l'exagération des congestions alternatives qui se font dans la journée sur l'estomac, et pendant la nuit sur le cerveau. Mais on se demande alors pourquoi les fièvres intermittentes ne sont pas plus fré-

¹ Cité par M. Bousquet, à l'Académie de médecine, séance du 17 mai 1860.

quentes. Et, du reste, le fait sur lequel s'appuie cette théorie est faux : on a en effet observé des accès de fièvre intermittente chez les animaux ¹

On connaît l'expérience de M. Brachet, qui, se baignant chaque jour à la même heure dans le Rhône et se couchant immédiatement après, de manière à simuler les différents stades de la fièvre intermittente, vit, après avoir cessé son expérience, l'accès revenir à l'heure où ordinairement il se baignait dans le Rhône. L'habitude peut-elle suffire, comme le veut M. Brachet, pour expliquer la fièvre intermittente ? mais où est l'habitude chez le fébricitant qui n'a fait que traverser les marais Pontins ? Il faut bien ici admettre une action spéciale de l'effluve marécageux.

MM. Rayer, Nepple, Maillot, Alibert, etc., ont imaginé une altération indéterminée du système nerveux ²; cette opinion n'a pas un sens assez précis pour qu'on puisse la discuter. Si l'on veut dire par là que les fièvres intermittentes se rapprochent des maladies nerveuses, nous l'admettons de grand cœur, le fait seul de l'intermittence suffit pour établir ces rapports ; mais si l'on veut admettre que l'affection à quinquina est due à une lésion matérielle d'une portion quelconque du système nerveux, nous sommes obligé de repousser une pareille opinion. Les altérations anatomiques doivent avoir des effets continus et non intermittents. Nous ne nous demanderions même pas si la fièvre intermittente, comme le veulent quelques-uns, peut s'expliquer par la théorie de l'action

¹ Farrat ; *loc. cit.*, pag. 77.

² Farrat ; *loc. cit.*, pag. 47.

réflexe : nous sommes surpris de voir des opinions semblables émises par des savants qui demandent avant tout de la précision dans les faits et dans les théories. Quoi de plus hypothétique que cet enchaînement d'impressions et de réactions par lequel on veut donner une théorie positive de tous les phénomènes de l'accès ? Nous admettrions sans peine que la chaleur fût la conséquence de l'impression de froid transmise à la moelle et portée ensuite aux nerfs vaso-moteurs ; mais cette impression première produite par le frisson, d'où provient-elle ? où est la cause qui la provoque, sinon l'affection, inconnue dans son essence, que nous appelons affection à quinquina ?

Du reste, il ne faut pas oublier que le frisson n'est pas le symptôme initial de la fièvre ; nous avons vu que quelques heures avant son apparition, déjà la température s'élevait, et nous avons dû admettre en conséquence que les désordres nutritifs constituaient le premier phénomène de l'acte fébrile. Cette manière de considérer l'accès de fièvre renverse du même coup toutes les théories édifiées exclusivement sur la perturbation du système nerveux vaso-moteur ; qu'à un moment donné, le grand sympathique entre en action, c'est possible, nous l'admettons sans peine ; mais évidemment ce n'est pas par l'impression qu'il a reçue que l'on peut expliquer toute la pathogénie de la fièvre. Nous retrouvons ici toutes les difficultés que nous avons déjà rencontrées quand nous avons voulu expliquer la fièvre elle-même ; ces difficultés sont encore compliquées par les indécisions qui règnent sur le fait de la périodicité, indécisions que ne dissiperait aucune théorie nerveuse de la fièvre.

Serait-ce dans les altérations du sang que l'on pourrait

trouver la cause de la fièvre intermittente ? MM. Bretonneau et Boudin l'ont cru, et Griesinger, tout en reconnaissant ce qu'il y a encore d'hypothétique dans cette manière de voir, ne paraît pas éloigné d'admettre qu'en effet la cause de la périodicité doit être liée à des processus périodiques qui se passent dans le sang et qui amènent l'élévation de température ¹ Mais en quoi consiste cette altération du sang ? C'est ce que l'on ne peut encore nous dire. Les recherches de MM. Abeille, Gintrac, etc. ², ont démontré qu'il n'y avait rien de constant, de spécial, dans les proportions diverses que peuvent présenter les différents éléments du sang ; comme pour la fièvre typhoïde, ces altérations tiennent à des causes indépendantes de l'affection elle-même ; quant aux lésions que l'on trouve dans la cachexie, on comprend que ce ne sont plus elles qui peuvent nous donner l'explication de la périodicité du début de la fièvre.

Faudrait-il enfin croire à l'existence de quelque ferment dans le sang ? faudrait-il trouver dans la présence de quelques bactéries la cause réelle de la fièvre ? Cette opinion a aussi été soutenue, mais elle ne nous paraît pas encore reposer sur des bases suffisamment solides pour pouvoir être admise sans contestation. Du reste, comment parviendrait-on à expliquer par des altérations persistantes du sang le grand fait de la périodicité ?

Il est donc inutile de poursuivre cette discussion purement théorique ; et jusqu'à ce que des faits nouveaux viennent modifier notre opinion, nous persisterons à considérer la fièvre intermittente comme une fièvre essen-

¹ Griesinger ; *loc. cit.*, pag. 50.

² Cité par Farrat, pag. 64 et suiv.

tielle et spécifique : essentielle, parce qu'aucune lésion organique ne peut nous en faire saisir la pathogénie ; spécifique, parce que notre intelligence ne peut pénétrer en rien la nature de la maladie ; spécifique encore, parce qu'elle possède une cause et surtout un traitement spécifiques. C'est là, nous le reconnaissons sans peine, un aveu de notre ignorance ; nous aimons mieux nous arrêter à point que nous lancer dans des hypothèses plus nuisibles qu'utiles aux intérêts de la science et de l'art.

Auteurs à consulter. — Boudin ; *Traité des fièvres intermittentes, continues et rémittentes*, et *Géographie médicale*. Briquet ; *Traité du quinquina*, etc. Dutroulau ; *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*. Farrat ; *Thèse de concours*. Griesinger ; *Traité des maladies infectieuses*. Jaccoud ; *Leçons de clinique médicale*, etc.

Fièvres rémittentes.

Nous avons déjà trouvé la rémittence dans un grand nombre de fièvres (fièvres catarrhale, bilieuse, etc.) ; la fièvre hectique nous présentera plus tard des exacerbations encore plus marquées ; ce ne sont pas là les fièvres dont nous voulons parler. Il s'agit maintenant de pyrexies qui ne sont qu'une forme de l'affection à quinquina, et que nous nommons fièvres rémittentes vraies, les autres états morbides constituant les fièvres rémittentes fausses.

D'une manière générale, on peut définir les fièvres rémittentes, que les anciens appelaient aussi composées, continues, proportionnelles ou continues, périodiques,

continues en apparence (Sennert ; *De febribus*, lib. II, cap. 13), que les Grecs nommaient *συνεχεις*, et Morton continentes (*De feb. exercit.*, II, cap. 3), en détournant ce mot de son acception généralement reçue ¹, on peut les définir, disons-nous, « des fièvres continues avec exacerbations ». Les fièvres rémittentes particulières dont nous voulons nous occuper maintenant sont « des fièvres continues à quinquina avec exacerbations ».

A toutes les époques, on a observé des fièvres rémittentes de nature maréomatique. Hippocrate (*Épid.*, sect. III, liv. III) les avait certainement connues ; les recherches de Torti, de Morgagni ², et celles plus récentes de MM. Littré ³ et Boudin ⁴, ont mis ce fait hors de doute. Néanmoins, jusqu'à l'époque de l'introduction du quinquina dans la thérapeutique, ces observations étaient loin de présenter l'intérêt qu'elles ont offert depuis ; ce n'est, en effet, qu'à partir de 1638 que les médecins ont étudié avec soin les caractères de ces fièvres, pour les attaquer directement par leur spécifique. C'est pendant cette période que des observations nombreuses ont été faites en Italie par Torti, Lancisi, Ramazzini, Sarcône, Richa, Bianchi, etc. ; en Allemagne, par De Haën, Storck, Strack, Hildenbrand ; en Angleterre, par Sydenham, Sims, Werlhof ; en Hollande, par Rœderer et Wagler, Pringle ; en France, par Chirac, Retz, Leroy, Voulonne, Sénac, Baumes, etc. Les médecins militaires et ceux de la marine ont rappelé

¹ Borsieri ; *Instituts de médecine pratique*, trad. Chauffard, tom. I, pag. 442.

² Morgagni ; 49^e lettre, § 6.

³ Hippocrate ; trad. Littré : *Argument.*, tom. II, pag. 528.

⁴ Boudin ; *loc. cit.*, pag. 33.

l'attention sur les fièvres rémittentes, qui, méconnues par Broussais, avaient été confondues avec toutes les autres pyrexies sous le nom de gastro-entérites; et la science doit être reconnaissante à MM. Maillot, Nepple, Boudin, Laverane, Dutroulau, etc., de leurs excellentes recherches sur ce sujet; des documents précieux sont contenus dans le *Traité* de M. Briquet sur le quinquina; nous avons enfin nous-même publié sur ce sujet, en 1862, un travail auquel nous ferons plus d'un emprunt.

Étiologie. — Les fièvres rémittentes, ainsi que le démontrent les succès du traitement qu'on leur oppose, sont de la même nature que les fièvres intermittentes; les mêmes causes, les effluves marécageux, devront donc leur donner naissance. Mais est-ce tout? Ce fait suffit-il pour bien apprécier l'étiologie des fièvres intermittentes? Ne devons-nous pas nous poser un autre problème, il est vrai plus difficile à résoudre? Ne devons-nous pas chercher à connaître les conditions qui font que l'affection à quinquina se manifeste avec le type rémittent plutôt que sous la forme intermittente? C'est évidemment là le point délicat de la question que nous devons chercher à résoudre. Or on sait, d'une part, que toute maladie est produite par l'influence de deux facteurs, un interne, l'autre externe; on sait, de plus, que les fièvres rémittentes sont évidemment plus graves que les intermittentes simples; on peut donc admettre que toutes les causes qui donneront plus d'activité à l'un ou l'autre de ces deux facteurs pourront produire des fièvres rémittentes. M. Briquet, reproduisant l'opinion de M. Boudin, n'hésite pas à affirmer « qu'elles résultent d'une intoxication à plus forte dose que les

intermittentes ordinaires ¹ » : l'observation prouve, en effet, que les fièvres rémittentes, règnent surtout à la fin de l'été, en automne, quand les eaux plus stagnantes et plus basses permettent à l'effluve de se développer avec plus d'énergie. Ce fait, constaté par tous les auteurs anciens, a, de nos jours, été vérifié par les médecins d'Afrique et les praticiens de Montpellier, également bien placés pour l'étude des fièvres rémittentes ². On sait aussi que les miasmes des marais exercent principalement leur action au lever et au coucher du soleil ; aussi ne sera-t-on pas étonné de trouver dans Pringle que les fièvres qu'il observait en 1742, 1743 et 1745 en Flandre et en Allemagne, atteignaient surtout les soldats qui, « obligés de sortir le matin, traversaient les prairies, couvertes à cette heure-là d'un épais brouillard ³ ».

Toutefois, ce serait mal comprendre les conditions étiologiques de toute affection morbide, que d'admettre que les influences externes, quelque grande que soit leur activité, puissent suffire au développement de la maladie ; sans la disposition interne, celles-ci sont impuissantes, et c'est surtout à ce dernier facteur qu'il faut s'adresser pour expliquer la production des fièvres rémittentes. Ces conditions internes ne sont pas toujours bien faciles à saisir. Baumes parle « d'un mauvais régime, de travaux immodérés, de passions tristes et surtout de la présence de mauvais sucs dans les premières voies, comme causes

¹ Briquet ; *Traité thérapeutique du quinquina et de ses préparations*, pag. 343. Paris, 1853.

² Voir les comptes-rendus de MM. Caizergues, Bourrely, Ressiguiet Girbal, etc., insérés dans divers recueils de notre ville.

³ Pringle ; *loc. cit.*, tom. II, pag. 268.

de prédisposantes ¹ » Retz, observant que l'épidémie de Rochefort sévissait surtout chez les sujets nouvellement arrivés dans la ville, accuse uniquement « les changements qui se font dans l'économie animale des étrangers² ». Lancisi reconnaît à son tour que, quoiqu'il faille toujours, dans la production des fièvres rémittentes, invoquer l'action des effluves marécageux, il existe aussi d'autres causes qu'il ne faut pas négliger : que l'épidémie attaquait de préférence les sujets qui d'habitude se nourrissaient mal et avaient été antérieurement atteints de quelque maladie des viscères³ ». Rœderer et Wagler ont aussi montré l'action d'un mauvais régime⁴, et Quarin a professé la même opinion que les médecins de Göttingue⁵. En résumé, on peut dire que toutes les causes qui débilitent le système vivant ou changent brusquement son mode d'être, le disposent, par cela même, à ressentir plus vivement l'action des miasmes paludéens.

Les différentes causes que nous venons d'étudier donnent, en général, naissance à des fièvres rémittentes d'emblée ; mais dans d'autres circonstances, la fièvre, intermittente d'abord, ne passe que plus tard à l'état rémittent ; ce changement est presque toujours produit par les vices du traitement. Nous avons vu, en effet, que les

¹ Baumes ; *Traité des fièvres rémittentes*, tom. I, pag. 81. Montpellier, 1821.

² Retz ; *Observations sur les maladies qui règnent à Rochefort*, 1^{er} part., sect. I.

³ Lancisi ; *Opera medica. De noxiis paludum effluviis*, lib. II, epidem. I, chap. v, pag. 158.

⁴ Rœderer et Wagler ; *Traité de la maladie muqueuse de Göttingue*, édit. Delahaye, pag. 290.

⁵ Quarin ; *Methodus medendarum febrium*, pag. 131. 1762.

fièvres intermittentes s'imprègnent habituellement des caractères de la constitution médicale régnante : inflammatoire, bilieuse, catarrhale ou autre, et nous avons dit qu'il fallait tout d'abord attaquer cette complication, si l'on voulait plus tard combattre avec succès l'élément spécifique. Si l'on néglige cette précaution, c'est en vain qu'on usera largement du quinquina ; la fièvre changera de type et de caractère. Quarin ¹, Hildenbrand ², en ont cité des exemples frappants.

Symptomatologie. — Quelques auteurs ont voulu reconnaître aux fièvres rémittentes des symptômes particuliers qui servissent à les distinguer des autres pyrexies. C'est ainsi que M. Grisolle parle d'un état de langueur, d'oppression à la région précordiale et d'une douleur derrière le cou, observée, dit-il, par Hippocrate, et constatée également de nos jours par M. Wining dans le Bengale, comme symptômes du début de fièvres rémittentes. Plus tard, la maladie serait caractérisée par la tension à l'épigastre et aux hypochondres, la sécheresse de la langue, l'inappétence, la constipation ou la diarrhée ³ etc. Avant M. Grisolle, Baumes avait également voulu assigner aux fièvres rémittentes une symptomatologie spéciale ⁴ ; mais les résultats auxquels ils sont parvenus l'un et l'autre sont loin d'être satisfaisants. L'affection à quinquina est, en effet, trop mobile, elle existe trop rarement à l'état simple et isolé,

¹ Quarin ; *loc. cit.*, pag. 132.

² Hildenbrand ; *Médecine pratique*, constitution des mois de juin, juillet et août 1807.

³ Grisolle ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 144.

⁴ Baumes ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 37.

pour qu'on puisse en tracer un tableau fidèle ; aussi trouve-t-on, chez les auteurs qui ont voulu entreprendre ce travail, des oppositions continuelles. On a encore rapporté aux fièvres rémittentes des symptômes communs à toutes les pyrexies, tels que la sécheresse de la langue, la diarrhée, le délire, etc., symptômes qui ne dépendent nullement de la nature de la fièvre, mais des complications qui surgissent à la fin des maladies du côté des voies digestives ou du système nerveux. Tous ces signes ne peuvent nous suffire ; il nous faut des caractères plus précis, appartenant plus exclusivement à l'affection paludéenne.

Une fièvre rémittente simple ne doit se composer que des symptômes constitutifs d'un accès de fièvre intermittente, plus accentués et plus étendus. Au frisson succède la chaleur, suivie ou non de sueur, et toujours l'accès est assez long pour que le second commence avant que le premier ait fini. Chaque stade s'accompagne des mêmes phénomènes que l'on constate dans une fièvre intermittente : céphalalgie, soif, agitation, etc. Mais la fièvre rémittente reste rarement à cet état de simplicité ; généralement elle est associée à un autre état morbide, presque toujours celui de la constitution médicale régnante ; ou bien elle porte son action sur tel ou tel organe, et sa symptomatologie est alors compliquée par les phénomènes propres à chacune des maladies ainsi produites : pneumonie, pleurésie, etc. Si en même temps elle s'accompagne d'un danger immédiat, elle est dite pernicieuse.

Nous avons dit que les fièvres rémittentes subissaient presque toujours l'influence de la constitution médicale

régnante. En 1758, Lautter observait à Luxembourg des fièvres qui portaient l’empreinte de l’affection inflammatoire ; l’année suivante, la constitution avait changé, et les fièvres prenaient l’aspect des pyrexies à génie putride ou adynamique ¹ Les fièvres observés par Hildenbrand à Vienne présentaient au contraire tous les symptômes d’un état bilieux ². Pringle ³, De Haën ⁴, Torti ⁵, etc., avaient fait des observations du même genre. Pour nous, nous avons toujours vu les fièvres à génie rémittent se présenter sous les traits des affections catarrhale ou bilieuse, qui sont les affections dominantes de nos contrées. Dans tous ces cas, la rémittence constitue le fait principal, et le quinquina met fin à la maladie, quand celle-ci, bien entendu, a été dégagée de toute complication. D’autres fois, au contraire, ainsi que nous l’avons vu, l’élément rémittent compliqué d’autres états morbides, la fièvre typhoïde par exemple, et le spécifique ne fait que dégager la maladie d’une complication.

L’étude symptomatique n’est donc pas pour nous très-féconde en enseignements pratiques, et si nous voulons avoir les éléments d’un bon diagnostic, c’est ailleurs qu’il faudra les chercher : la marche de la maladie nous satisfera davantage. A ce point de vue, deux faits principaux doivent être notés :

1° La transformation des fièvres intermittentes en ré-

¹ Lautter ; *Historia medica biennalis morborum ruralium qui a verno tempore anni 1757, usque ad finem hyemis anni 1761 Luxemburgi*, etc.

² Hildenbrand ; *loc. cit.*

³ Pringle ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 272.

⁴ De Haën ; *Ratio medendi*. Parisiis, 1767, tom. V, chap. vi, pag. 272.

⁵ Torti ; *Therapeutice specialis*, etc. Leodii, 1821 tom. I, liv. II, chap. I, pag. 397.

mittentes, et la terminaison de ces dernières par des accès de fièvre intermittente;

2^o Les exacerbations que l'on constate dans le cours de la maladie. Étudions chacun de ces faits en particulier.

1^o La transformation d'une fièvre intermittente en rémittente, notée par la plupart des auteurs, par M. Dutroulau en particulier ¹, peut s'opérer dans des temps différents de la maladie. Lancisi ² l'a observée aux cinquième et septième accès; Quarin ³ au quatrième. En général, les fièvres qui doivent plus tard devenir continues ou rémittentes affectent dans le début les types tierce, double tierce ou quotidien; Bianchi a vu cependant des quartes subir cette transformation ⁴. Celle-ci peut s'opérer de deux manières: ou bien les accès empiètent les uns sur les autres, le second commençant avant que le premier soit terminé: ce sont les fièvres sub-intrantes; ou bien les accès s'allongent, la période de chaleur se prolongeant au-delà du temps normal: ce sont les subcontinues. Il n'est pas rare non plus de voir la fièvre primitivement rémittente devenir intermittente; ce fait a été signalé par tous les auteurs comme présageant une heureuse solution.

2^o Le second fait que nous ayons à considérer, c'est l'exacerbation ou paroxysme. Avec quels caractères se présente cette exacerbation? Peut-on la distinguer de celles qui se présentent dans des fièvres de nature non

¹ Dutroulau; *loc. cit.*, pag. 157.

² Lancisi; *loc. cit.*, liv. II, épid. I, chap. v, pag. 158; et épid. II, chap. iv, pag. 191.

³ Quarin: *loc. cit.*, pag. 133.

⁴ Bianchi; *Historia hepatica*, tom. I, part. III, pag. 751.

marématique? Nous avons déjà plusieurs fois indiqué les signes distinctifs des exacerbations à quinquina; c'est ici le lieu de les rappeler avec plus d'insistance. M. Briquet pose les conditions suivantes: Il faut, dit-il: « 1° que l'exacerbation soit notable, et que les accidents qui la composent apparaissent brusquement et arrivent rapidement à leur plus haut degré; 2° qu'après une certaine durée, ils décroissent assez rapidement; 3° qu'ils débute par un frisson ou un sentiment de froid suivis de chaleur et se terminant par la sueur; 4° enfin, que la rémission soit très-marquée et que tous les accidents de l'exacerbation soient dissipés pendant qu'elle a lieu » Assurément, ces signes ont une importance que nous sommes loin de vouloir leur refuser; mais ils ne peuvent avoir la valeur exclusive que leur accorde M. Briquet. Quel est le médecin qui n'a pas retrouvé tous ces caractères dans les paroxysmes de fièvres non marématiques, la fièvre hectique par exemple? Et quel praticien aussi n'a pas constaté l'absence de ces mêmes signes dans les fièvres à quinquina? C'est ainsi que Voulonne affirme que dans ces fièvres « la recrudescence n'est pas toujours marquée par le frisson, la sueur ne finissant pas non plus l'accès précédent². » Les observations de Baumes³, Stoll⁴, Storck⁵, Rosen⁶, etc., les nôtres propres, confirment les assertions de Voulonne. La période de concentration, au lieu d'être

¹ Briquet; *loc. cit.*, pag. 341.

² Voulonne; *loc. cit.*, pag. 69.

³ Baumes; *loc. cit.*, tom. I, pag. 40.

⁴ Stoll; *Ratio medendi*.

⁵ Storck; *Annus medicus*, 1758-1759.

⁶ Rosen; *Traité des maladies des enfants*, trad. Lefèvre. Paris, 1778.

aussi nettement caractérisée que le veut M. Briquet, ne se fait au contraire souvent remarquer que par des symptômes très-fugaces et par suite très-difficiles à saisir. Ce sera « un refroidissement léger, fugitif, même partiel; une décoloration remarquable, la concentration du pouls, le retour d'un symptôme particulier, comme la toux, une douleur de tête, une pesanteur aux jambes, etc., à l'heure de l'accès¹ » « Les seuls caractères qu'on observe dans un grand nombre de cas, dit encore Voulonne, sont les suivants : la peau qui s'assouplissait prend un tissu plus serré; la chaleur qui s'adoucissait par degrés tombe brusquement; le visage pâlit; les sécrétions qui acquéraient quelque liberté se troublent ou se suspendent de nouveau; l'urine de briquetée devient claire, la langue d'humide devient sèche ou visqueuse; le malade éprouve une inquiétude particulière, des tiraillements dans les muscles, des engourdissements dans les articulations, souvent la soif, quelquefois une toux sèche; le pouls surtout, qui était souple et vaste, s'enveloppe rapidement et devient petit, profond, serré² » A ce tableau si saisissant de vérité, nous n'avons rien à ajouter; nous insisterons seulement sur la valeur séméiotique des urines. Dans toute fièvre continue ou rémittente à quinquina, l'urine, claire et limpide pendant la période de concentration, devient rouge au moment de l'expansion, et dépose à la fin du paroxysme un sédiment briqueté. Morton³ plaçait ce signe au nombre des quatre caractères pathognomoniques des

¹ Goudareau; *Notes au traité de P. Frank*, tom. I, pag. 30.

² Voulonne; *loc. cit.*, pag. 60.

³ Morton; *Opera medica*, tom. I. — *De feb. continentis signis diagnosticis*, pag. 110.

fièvres rémittentes spécifiques, et dans leur *Cours de fièvres* Grimaud¹ et Grant² lui ont accordé la plus grande valeur. Si nous n'avons pu admettre l'utilité constante des caractères symptomatologiques établis par M. Briquet, nous nous rangeons complètement à son opinion sur le mode d'invasion et de disparition des paroxysmes. Tandis, en effet, que les exacerbations des rémittentes fausses arrivent lentement, mettent plus ou moins de temps à se produire, sont assez longues dans leur durée; dans les rémittentes vraies, au contraire, tout dénote une marche plus rapide et plus accentuée; les alternatives de bien et de mal ont lieu dans des temps toujours très-courts. Les observations thermométriques rendront ici de très-grands services; dans la rémittente vraie, l'élévation de la température est toujours plus marquée (2 degrés et au-delà) et plus rapide que dans la rémittente fausse.

Un signe non moins important, c'est l'heure à laquelle se présente l'exacerbation. Nous avons vu que les fièvres catarrhale, bilieuse, etc., avaient leurs paroxysmes à des moments de la journée précis et déterminés à l'avance; dans les fièvres spécifiques, rien de pareil : l'exacerbation peut arriver à toute heure du jour.

Enfin, le dernier fait sur lequel nous ayons à appeler l'attention, c'est la périodicité. Dans leur marche, les fièvres rémittentes peuvent affecter différents types; les plus communs sont les quotidien et double tierce; le tierce est moins fréquent; quant au quarte, il est tellement rare que quelques auteurs, MM. Trousseau et Pidoux entre

¹ Grimaud; *Cours de fièvres*, tom. IV, pag. 329.

² Grant; *loc. cit.*, tom. I, pag. 18.

autres, ont nié son existence ¹ ; Baumes cependant n'hésitait pas à l'admettre ² Les anciens imposaient différents noms à ces fièvres, suivant leur type : l'amphimérine était la rémittente quotidienne ; la tritœophie était la tierce, et la tétartrophie, la quarte. Quant à l'hémitritée, que l'on rencontre à chaque pas dans les ouvrages de nos prédécesseurs, il est difficile de connaître la signification précise attachée à cette expression : pour les uns, c'est une tritœophie simple (Hippocrate, d'après Littré, tom. II, pag. 568) ; pour d'autres, ce serait une tierce unie à une intermittente quotidienne (Galien) ; pour Celse, une tritœophie dont les accès se prolongeraient.

Anatomie pathologique. — En dehors des lésions d'organes qui se montrent à titre de complications ou de localisations de la maladie, on trouve toujours un engorgement de la rate ; c'est même là un élément précieux pour le diagnostic. Griesinger insiste beaucoup sur l'accumulation de pigment que l'on trouve dans les organes intérieurs, cerveau, foie, rate, reins, et il fait remarquer avec raison que c'est là une nouvelle preuve de l'identité qui existe entre cette forme et les autres manifestations de l'affection à quinquina ³

Diagnostic. — La connaissance des conditions dans lesquelles a vécu le sujet, l'étude de la marche de la maladie, suffisent en général pour établir le diagnostic. Dans le cas

¹ Trousseau et Pidoux ; *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, tom. II, pag. 353.

² Baumes ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 358.

³ Griesinger ; *loc. cit.*, pag. 73.

où il resterait encore du doute dans l'esprit, on devrait avoir recours à l'essai thérapeutique. Or, si la fièvre est réellement de nature maréomatique, le quinquina enrayera brusquement les accidents ; si la rémittence est fausse, le spécifique aura bien une action, mais elle ne sera pas aussi prompte, et, suivant les expressions de Voulonne, la nature du relâche ne sera plus aussi franche. Dans quelques circonstances cependant, le sulfate de quinine agit différemment : au lieu de produire, comme dans le cas précédent, une amélioration notable, il paraît au contraire amener une aggravation de la maladie, en donnant plus de force aux symptômes qui constituent le paroxysme ; ceux-ci deviennent plus accentués, par suite la rémittence se dessine mieux, la maladie a une allure plus franche. Il faut être prévenu de ce mode particulier d'action du quinquina, pour ne pas abandonner un remède qui doit être le salut du malade.

Pronostic. — L'affection morbide, dangereuse par elle-même, perd beaucoup de sa gravité par la puissance du remède qu'on peut diriger contre elle ; ce n'est que dans les cas où une complication quelconque masque la rémittence ou empêche l'action du spécifique, que l'on peut concevoir des craintes sérieuses.

Traitement. — Nous avons montré les fièvres rémittentes :

1° Comme étant souvent associées à un autre état morbide, inflammatoire, bilieux, catarrhal, etc. ;

2° Comme étant une expression de cette affection à faces multiples que nous appelons affection à quinquina. De là, deux indications principales :

1° Détruire l'élément concomitant; — 2° Attaquer l'élément rémittent.

On sait de quelle manière doit être remplie la première indication; nous ferons seulement remarquer que, tant qu'elle subsiste, le quinquina reste sans action, peut même être nuisible.

Quant à la seconde indication, le quinquina seul peut la remplir; ce que nous avons dit, dans le chapitre précédent, de son mode d'administration, de ses contre-indications, peut également s'appliquer au traitement des fièvres rémittentes. Nous devons cependant faire observer que, le danger étant ici plus immédiat et plus grand, on ne devra pas avoir autant d'égard pour les contre-indications, et qu'il sera nécessaire d'augmenter un peu les doses du sulfate de quinine et de la résine de quinquina. On ne devra jamais donner moins d'un gramme de sulfate, on pourra même dépasser cette dose; six grammes de résine seront souvent nécessaires.

Fièvres continues.

L'existence de fièvres continues curables par le quinquina est un fait aujourd'hui admis par tous les médecins. Torti en faisait sa huitième espèce de fièvres pernicieuses: « elle n'est pas accompagnée, disait-il, d'un symptôme marquant; mais tous les accidents étrangers à sa nature qui l'accompagnent sont graves; ce sont ceux qui appartiennent aux fièvres aiguës et malignes ¹ ». Toutefois, c'est

¹ Torti; *loc. cit.*, liv. III, chap. 1, pag. 396.

encore aux médecins militaires que revient en grande partie l'honneur d'avoir démontré l'existence de fièvres continues à quinquina. « Les fièvres paludéennes peuvent-elles, sans cesser de rester essentielles, revêtir le type continu? Telle est, dit M. Boudin, la question que nous nous posions il y a quinze ans, et que nous avons résolue par l'affirmative. Le problème est d'une haute importance scientifique et pratique. En effet, si les fièvres dont il s'agit peuvent à la fois se présenter sous le type continu et céder à la médication spécifique, il est évident : 1° que l'appellation générique de fièvre intermittente et la dénomination de médication antipériodique deviennent désormais impropres ; 2° que le médecin européen transporté dans les pays chauds hésitera moins à recourir à la médication spécifique, en présence du type continu. Écoutez sur la question du type continu des fièvres paludéennes le langage de quelques auteurs ; il est curieux à plus d'un titre : A Rome, dit Bally, les médecins appelés en été près d'un malade agitent cette question : Est-ce ou non une fièvre à quinquina? Si l'intermittence constituait le fonds de la maladie, l'expérience n'aurait jamais donné aux médecins qui pratiquent dans les lieux marécageux l'idée qu'une fièvre dont les symptômes sont continus peut cependant avoir le fonds des fièvres à quinquina, car j'aimerais mieux employer cette dernière dénomination que d'appeler intermittente une affection qui peut ne l'être pas. » « J'ai vu souvent, dit ailleurs M. Boudin, des malades qui, examinés à toute heure du jour, ne présentaient aucune rémission ' » M. Nepple ajoute : « Lorsque

¹ Boudin ; *Traité de géographie et de statistique médicales*, pag. 523.

l'été est brûlant, les fièvres rémittentes ne paraissent en Bresse qu'à la fin du mois d'août. Dans les trois ou quatre premiers jours, on croirait avoir affaire à une fièvre continue grave; mais bientôt, soit spontanément, soit plutôt à la suite d'évacuations sanguines, le type rémittent se prononcera¹ » M. Maillot dit encore : « Dans la fièvre subcontinue de Torti, on voit plus ou moins distinctement les accès s'enjamber, et la fièvre tendre progressivement à la continuité. Dans les fièvres pseudo-continues, ce n'est plus la même marche. Dès le début, elles simulent tout à fait une affection réellement continue. Livrées à elles-mêmes, ou traitées par les antiphlogistiques seulement, tantôt après quelques jours de durée, elles deviennent nettement rémittentes ou intermittentes, tantôt elles deviennent typhoïdes, tantôt enfin elles révèlent leur nature par l'explosion subite d'accidents que nous savons appartenir exclusivement aux fièvres intermittentes pernicieuses². » Enfin, M. Laverane, dans ses Documents pour servir à l'histoire des maladies du nord de l'Afrique, n'est pas moins explicite³ Nos observations confirment pleinement les opinions des savants médecins que nous venons de citer : plus d'une fois nous avons vu des fièvres continues guéries radicalement par le quinquina. Toutefois, ces fièvres ne sont pas aussi fréquentes que les fièvres rémittentes et surtout que les intermittentes. Ainsi,

¹ Nepple; *Traité des fièvres rémittentes et intermittentes*, pag. 130. Paris, 1835.

² Maillot; *Traité des fièvres, ou irritations cérébro-spinales, etc.*, pag.15. Paris, 1836.

³ Inséré dans le 52^e volume des *Mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires*.

M. Raoul, qui a observé sur la côte ouest d'Afrique l'affection à quinquina sous ses trois formes : continue, rémittente et franchement intermittente, a constaté les rapports très-différents de 12 pour la première, 66 pour la seconde et 611 pour la troisième¹

Étiologie. — Tout ce que nous avons dit de l'étiologie des fièvres rémittentes peut parfaitement ici trouver sa place; nous n'avons rien à ajouter, rien à retrancher.

Symptomatologie. — La fièvre peut être continue d'emblée; elle peut être aussi, comme nous l'avons vu dans l'étude des rémittentes, subcontinue ou sub-intrante. Quant à la symptomatologie de la fièvre continue, elle est encore très-obscur; cette pyrexie peut en effet se présenter sous les traits des diverses affections dominantes de la saison; en outre elle n'a pas cette exacerbation périodique qui nous a été d'un si grand secours pour reconnaître les fièvres rémittentes. Il nous est donc impossible de tracer un tableau de cette forme de l'affection à quinquina.

Diagnostic. — Très-difficile, il s'établit d'après l'étude des causes, la marche de la maladie, l'existence de fièvres intermittentes antérieures et leur transformation en fièvres continues, et enfin d'après les résultats fournis par l'essai thérapeutique.

Pronostic. — Les fièvres continues sont plus graves que les formes de l'affection à quinquina précédemment étudiées, par suite des difficultés plus grandes

¹ *Gazette médicale*, pag. 793. 1858.

que présente leur diagnostic, et des erreurs auxquelles peut être consécutivement entraîné le médecin.

Traitement. — Il est identique à celui des fièvres rémittentes.

Auteurs à consulter. — Boudin ; *Traité de géographie et de statistique médicales. Traité des fièvres intermittentes, continues et rémittentes.* Nepple ; *Traité des fièvres rémittentes et intermittentes.* Maillot ; *Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales.* Dutroulau ; *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds.* Laverane ; *Documents pour servir à l'histoire des maladies du nord de l'Afrique.* Briquet ; *Traité du quinquina.*

Fièvres pernicieuses.

La fièvre pernicieuse ou accès malin est une fièvre à quinquina caractérisée surtout par le danger immédiat dont elle s'accompagne. Cette définition nous paraît suffisante : les termes « fièvre à quinquina » indiquent le genre auquel appartient la fièvre pernicieuse ; et en disant qu'elle s'accompagne d'un danger immédiat, nous la distinguons de toutes ses congénères : fièvres intermittente, rémittente, continue et larvée :

Étiologie. — Les causes sont les mêmes que celles des continues et des rémittentes ; d'une part, intensité plus grande de l'effluve paludéen, prouvée par ce fait que les fièvres pernicieuses ne s'observent que très-rarement en dehors des pays décidément marécageux ; d'un autre côté,

disposition interne particulière, favorisée souvent par la faiblesse du sujet : c'est en effet surtout chez les individus détériorés par la misère, les excès, par des fièvres intermittentes antérieures, qu'apparaissent les fièvres pernicieuses. Elles surviennent souvent d'emblée, justifiant ainsi le mot de Tissot : « la malignité est un chien qui mord sans aboyer » ; quelquefois cependant elles sont précédées par des accès de fièvre intermittente simple ; d'après les chirurgiens de marine, ce fait serait même le plus fréquent dans les colonies.

Symptomatologie. — La fièvre pernicieuse, avons-nous dit, est une fièvre à quinquina prenant la forme pernicieuse, c'est-à-dire s'adjoignant un élément qui est l'indice d'une impression profonde portée sur les forces de la vie, d'une destruction radicale de toutes les synergies vitales ; aussi, ce qui la caractérise, c'est la promptitude de sa marche, c'est l'imminence du danger qui l'accompagne.

Le début a toujours lieu d'une manière brusque, instantanée ; si la fièvre pernicieuse a été précédée d'accès intermittents, au lieu de voir apparaître, à l'heure du paroxysme les phénomènes habituels (frisson puis chaleur et sueur), on voit survenir tout à coup des symptômes insolites, délire, dyspnée extrême, etc. S'il n'a pas existé antérieurement de fièvre intermittente, c'est au milieu de la santé la plus parfaite que l'accès surprend le malade : dernièrement nous avons vu un homme pris subitement au milieu de la rue ; la marche de la maladie, l'efficacité du quinquina, que nous administrâmes immédiatement au malade, nous montrèrent bien que nous ne nous étions pas trompé dans notre diagnostic.

Le mode du début est donc semblable dans toutes les formes que peut revêtir la fièvre pernicieuse ; mais à partir de ce moment, il n'y a plus rien de constant dans la marche et la symptomatologie de l'accès malin, presque toutes les maladies auxquelles sont exposés chacun des organes contenus dans les trois grandes cavités splanchniques pouvant servir de manifestation à la fièvre pernicieuse ; aussi une classification des formes de l'accès malin est-elle à peu près aussi difficile qu'une classification nosologique. Torti avait établi deux classes : celle des *comitatæ* et celle des *solitariae* ; celle-ci était constituée par une seule espèce que nous avons déjà étudiée, la fièvre subcontinue ; les *comitatæ* (accompagnées d'un symptôme particulier) étaient au nombre de sept : la cholérique ou dysentérique, l'atrabilaire, la cardialgique, la diaphorétique, qui formaient les colliquatives ; et la syncopale, l'algide et la léthargique, qui étaient les coagulatives¹ On reconnut bientôt que cette liste était incomplète, et Alibert ajouta aux sept espèces de Torti : la soporeuse, la délirante, la péripneumonique, la néphritique, l'épileptique, la convulsive, la céphalalgique, la dyspnéique, l'hydrophobique. On le voit, ce n'est là qu'une énumération, et non une classification fondée sur une base quelconque. M. Maillot, le premier, étudia les fièvres pernicieuses suivant que leur action porte : 1° sur le système cérébro-spinal (formes comateuse, délirante, tétanique, épileptique, hydrophobique, cataleptique, convulsive et paralytique) ; 2° sur la cavité thoracique (formes syncopale, carditique, pneumonique, pleurétique) ; 3° sur

¹ Torti ; *loc. cit.*, liv. III, chap. 1, pag. 374.

la cavité abdominale (formes gastralgique, cholérique, ictérique, hépatique, splénique, dysentérique, péritonique¹). Malgré ses imperfections, cette classification est utile comme pouvant faciliter l'étude des diverses manifestations de la fièvre pernicieuse ; elle est toutefois encore incomplète ; il faut en effet ajouter aux fièvres admises par M. Maillot les formes constituées par l'exagération d'un des stades de l'accès ordinaire, les fièvres algide, ardente, diaphorétique, et encore, après toutes ces rectifications, ne sommes-nous pas assuré de l'exactitude de notre énumération. La classification de M. Monneret, quoique plus complète peut-être, nous a paru un peu confuse ; aussi ne l'avons-nous pas suivie²

Ne pouvant maintenant donner une description détaillée de chacune de ces formes, il nous suffira de prendre quelques exemples, parmi les plus fréquemment observés, pour faire comprendre la marche des fièvres pernicieuses.

La fièvre algide est caractérisée par un froid intense et général, accompagné de la petitesse, l'irrégularité, l'inégalité et la fréquence du pouls ; la voix est éteinte, la face prend un aspect cadavéreux ; tout dénote un trouble extrême, qui se calme peu à peu, pour reparaitre bientôt si le quinquina ne vient pas arrêter le cours de la maladie.

Dans la fièvre diaphorétique, une des plus insidieuses, les deux premiers stades ne présentent rien de particulier, mais ils sont suivis d'une sueur profuse qui épuise le malade ; dès lors, le pouls faiblit à chaque instant ;

¹ Maillot ; *loc. cit.*, pag. 28.

² Monneret ; *Traité de pathologie interne*, tom. III, pag. 258.

une sensation très-pénible de froid s'empare du fébricitant, tourmenté en outre par une anxiété, une angoisse extrêmes.

Le symptôme dominant de la fièvre délirante est un délire furieux, tel que plusieurs hommes sont nécessaires pour maintenir le malade : celui-ci s'agite sans cesse, est en proie à une exaltation des plus grandes; le pouls est généralement fort et tendu, la chaleur assez vive, la face injectée et recouverte de sueur; une saignée dans ces cas est souvent nécessaire. Ces accidents peuvent emporter en quelques heures le malade, souvent aussi ils se calment spontanément ou grâce à l'intervention de l'art. Ce repos n'est malheureusement pas de longue durée; tous les symptômes reparaissent bientôt plus terribles que jamais.

Dans la fièvre pneumonique, une congestion intense et rapide se fait sur le poumon, et immédiatement existent tous les signes d'une véritable pneumonie; la douleur est encore plus vive que dans les pneumonies simples, la dyspnée plus intense, l'anxiété plus grande; l'auscultation permet d'entendre les râles caractéristiques.

La fièvre dysentérique est caractérisée par des douleurs très-vives, un ténesme des plus pénibles, les déjections si connues de la dysenterie, et des symptômes généraux très-graves : traits tirés, grippés; pouls petit, profond, etc.

Si l'on ajoute la fièvre pernicieuse apoplectique, dont les caractères sont connus de chacun, on aura à peu près les formes les plus communes de l'accès malin.

Dans toutes ces différentes formes, l'examen attentif des divers temps de l'accès fera souvent reconnaître l'existence de symptômes rappelant les trois stades du paroxysme

de la fièvre intermittente simple ; c'est ainsi que nous avons vu, dans la forme délirante, le délire, qui pour nous remplace la période d'expansion, de chaleur, être précédé d'un état syncopal, analogue évidemment au temps de concentration, au frisson.

La mort peut arriver dans le premier accès ; cependant, dans la plupart des cas, elle n'est pas aussi prompte : il y a une rémission peu en rapport avec l'intensité des phénomènes précédents, et bien faite pour éveiller les soupçons du médecin. Tous les accidents, en effet, quelque grande qu'ait été leur violence, se calment ; le délire cesse pour faire place à une prostration, suite inévitable de la fatigue occasionnée par les efforts qu'a dû faire le malade pendant l'accès ; la congestion pulmonaire disparaît, et avec elle la dyspnée, la douleur. Mais le médecin prudent doit se tenir sur ses gardes : il semble en effet que la maladie se recueille et rassemble ses forces pour livrer au sujet un assaut plus terrible. Quelques heures après, et suivant une périodicité parfaite, tous les symptômes de l'accès reparaissent avec plus d'intensité que jamais. Si la mort n'arrive pas dans cet accès, il survient un nouveau calme, moins complet que le précédent, et suivi d'un nouvel accès. Le malade doit infailliblement périr au troisième ou au quatrième accès. Les fièvres pernicieuses se présentent presque toujours sous le type quotidien, rarement tierce, jamais quarte.

Anatomie pathologique. — La congestion de la rate existe souvent dans les fièvres pernicieuses ; le raptus sanguin a même été, dans certains cas, si violent qu'il a causé une rupture de l'organe, d'où hémorrhagie interne

promptement mortelle. La pigmentation de la rate, du foie, du cerveau, sur laquelle nous avons appelé l'attention à propos des fièvres intermittentes et rémittentes, se rencontre également dans les pernicieuses. On trouve aussi à l'autopsie des altérations diverses dans les organes qui ont été le siège de la localisation.

Diagnostic. — Les principaux éléments du diagnostic, souvent difficile du reste à établir, sont : l'étiologie (lieux, conditions dans lesquelles la maladie s'est développée), l'existence de fièvres intermittentes antérieures, la soudaineté de l'invasion ; plus tard, la périodicité des accès, le calme qui les suit sans proportion aucune avec l'intensité des symptômes précédemment existants, l'examen des urines dont on connaît les caractères, enfin l'essai thérapeutique.

Pronostic. — Nous n'avons pas besoin d'insister pour montrer toute la gravité d'un accès pernicieux ; tout au plus cette gravité est-elle tempérée par l'efficacité si souvent constatée de la médication qu'on peut opposer à la maladie.

Néanmoins, malgré le quinquina, la mortalité est encore très-grande : elle est de un sur cinq en Algérie (Maillot), de un sur deux dans la Bresse (Nepple).

Traitement. — Tous les efforts de la thérapeutique doivent être dirigés contre l'élément spécifique qui tient tous les phénomènes sous sa dépendance. Toutefois, quand on est appelé dès le début auprès du malade, il faut auparavant songer à remédier aux accidents que détermine en ce moment l'accès; on doit se rappeler que le sujet

peut être enlevé dans ce premier paroxysme, et par conséquent il est urgent de combattre la forme particulière qu'a prise l'affection. De là, deux indications : 1° traiter la forme, la manifestation de l'accès malin ; 2° dès qu'un moment de calme est arrivé, combattre l'affection.

1° Traiter la forme, c'est faire de la médecine symptomatique; mais cette indication a son importance momentanée, et il ne faut pas la négliger. Les moyens varieront nécessairement suivant la forme de l'accès; les stimulants, les cordiaux, les toniques, seront employés dans la forme algide; les antiphlogistiques au contraire seront indiqués dans les formes apoplectique, pneumonique, etc. Rappelons cependant que la fièvre pernicieuse, par sa nature intime, repousse les émissions sanguines, et que par conséquent il faudra toujours en être très-sobre et ne pratiquer jamais la saignée sans avoir la précaution de tenir les doigts sur l'artère, de manière à bien apprécier l'état du pouls.

2° Les diverses préparations de quinquina que nous avons déjà fait connaître seront employées pour remplir la seconde indication; il faut ici donner de fortes doses : on fera prendre au malade une potion contenant 1^{sr},50 de sulfate de quinine et 6 gram. de résine de quinquina; en même temps, on fera des frictions avec la pommade quinique, on donnera des lavements composés encore avec le sulfate de quinine, de manière à saturer le malade; s'il y a lieu, on pratiquera des injections sous-cutanées. On ne doit pas craindre de produire une intoxication; le danger est pressant, il faut le conjurer.

Auteurs à consulter. — Torti; *Therapeutice specialis.*

Alibert; *Traité des fièvres pernicieuses*. Guinier; *De la fièvre intermittente pernicieuse*, etc., et les auteurs précédemment cités dans l'étude des fièvres continues et rémittentes.

Fièvres larvées.

On dit qu'une maladie est larvée, quand elle se manifeste par des expressions morbides qui la dissimulent; elle prend un masque, elle emprunte les caractères d'autres états morbides. Les diathèses surtout présentent cette singulière propriété : ainsi, la goutte portant son action sur les viscères est larvée ; le rhumatisme donnant lieu à des névralgies est larvé ; la syphilis produisant des névroses, des paralysies, est encore larvée. Ces faits nous montrent le peu d'importance qu'il faut attacher aux symptômes, si fugaces, si mobiles par leur nature ; on voit qu'en se laissant guider uniquement par eux on courrait le risque de s'égarer ; ce n'est qu'en consultant toutes les données de l'observation qu'on peut arriver à la véritable notion de la maladie.

La fièvre intermittente se larve également ; l'accès malin est évidemment une fièvre larvée ; mais, à cause de la nature de l'impression qu'il produit, à cause de la gravité qu'il présente, on en a fait avec raison une classe à part, on lui a donné une désignation particulière, et on a réservé la dénomination de fièvres larvées aux manifestations bénignes et apyrétiques de l'affection à quinquina.

Étiologie. — Dire que les fièvres larvées sont encore des expressions de l'affection à quinquina, c'est recon-

naître que les conditions dans lesquelles elles se développent doivent être celles que nous avons déjà étudiées dans les chapitres précédents ; d'un autre côté, s'il est vrai que ces fièvres constituent une manifestation toujours bénigne de l'affection paludéenne, il faut admettre que leurs causes doivent avoir moins de puissance. L'observation prouve en effet que les fièvres larvées se montrent dans toutes les saisons, et non pas seulement aux époques de l'année où l'effluve se développe avec le plus d'intensité ; qu'elles apparaissent dans tous les pays à fièvres intermittentes, et non pas uniquement, comme les pernicieuses, dans les endroits les plus marécageux. Les fièvres larvées, se manifestant surtout par des névralgies, atteignent spécialement les sujets nerveux, qui sont en effet plus disposés à réaliser sous cette forme l'impression reçue.

Symptomatologie. — La fièvre larvée peut emprunter des masques divers, mais c'est, avons-nous dit, sous la forme névralgique qu'elle se manifeste le plus communément ; les nerfs de la cinquième paire sont plus particulièrement affectés. On peut souvent retrouver dans ces névralgies les traits d'une fièvre toute locale. M. Trousseau cite dans sa *Clinique* ¹ et les observations de ce genre sont nombreuses, l'exemple d'une jeune femme qui fut prise d'une névralgie faciale affectant plus particulièrement l'œil ; cet organe devenait à chaque accès le siège d'une congestion très-vive et laissait couler d'abondantes larmes. Dans ces cas, la douleur remplace le frisson,

¹ Trousseau ; *loc. cit.*, tom. II, pag. 767.

la congestion est évidemment le résultat de l'action des filets vaso-moteurs lésés en même temps que les filets sensitifs¹ ; enfin, le larmolement, encore dû à l'action du même ordre de nerfs, trouve son analogue dans la sueur qui termine un accès normal. Nous devons cependant ajouter que l'accès local est souvent incomplet, comme on le constate aussi du reste quelquefois dans les fièvres intermittentes vraies, et que la douleur seule peut exister. Ces névralgies reviennent périodiquement, affectent les types tierce, quotidien, double tierce, plus rarement quarte. Le calme est complet dans l'intervalle des accès. Comme toutes les névralgies, les fièvres larvées sont du reste apyrétiques ; la scène se passe uniquement sur le point affecté.

Des migraines, des hoquets, des toux spasmodiques, des attaques d'asthme, des flux périodiques, soit muqueux, soit sanguins, du côté de l'utérus, des fosses nasales, de l'intestin, peuvent encore se présenter sous les traits d'une fièvre larvée, dont les manifestations, du reste, sont variées à l'infini. Delpech et M. Bouisson ont cité des faits d'hémorrhagie périodique chez les opérés. Nous avons observé un fait d'hémoptysie également périodique qui, après avoir résisté à tous les moyens, fut promptement enrayé par le quinquina²

La terminaison des fièvres larvées est toujours heureuse ; la guérison peut se faire attendre, mais la maladie finit toujours par céder au quinquina.

¹ Voir le mémoire de M. Cahen, inséré dans les *Archives générales de médecine*, pag. 488. Octobre 1863.

² *Montpellier médical*, tom. XIX, pag. 385. 1867.

Diagnostic. — Nous ne pouvons que répéter ce que nous avons déjà dit si souvent : c'est à la triple source de l'étiologie, de la marche et du traitement qu'il faut puiser les éléments du diagnostic.

Pronostic. — De toutes les formes de l'affection à quinquina, la fièvre larvée est certainement la plus bénigne.

Traitement. — Les indications que présentent les fièvres larvées sont identiques à celles des fièvres pernicieuses ; il faut :

1° Calmer le symptôme ;

2° Attaquer l'élément spécifique. La névralgie étant la forme la plus fréquente, c'est aux préparations opiacées *intus et extra* qu'on devra avoir habituellement recours. Le sulfate de quinine doit être ici employé à faibles doses ; on peut dans ces cas le donner en pilules, associé à l'extrait gommeux d'opium.

Nature. — Après tout ce nous avons dit, il est inutile d'insister pour montrer que les fièvres larvées ne sont qu'une des nombreuses manifestations de l'affection à quinquina. C. Médicus établissait leur identité sur cinq preuves :

1° Les symptômes qui se montrent sans fièvre se montrent souvent dans les fièvres de mauvais caractère. Ce fait n'a que peu de valeur, mais les autres preuves nous paraissent concluantes ; ce sont :

2° La fièvre larvée peut alterner avec une intermittente vraie ;

3° Les deux maladies sont périodiques ;

4° Elles présentent chacune le sédiment briqueté des urines ;

5° Le traitement est identique ¹

Auteurs à consulter. — C. Médicus ; *Traité des maladies périodiques sans fièvre.* Trousseau ; *Clinique médicale.* Girbal ; *Des maladies latentes et larvées.* (Thèse de concours.)

¹ Casimir Médicus ; *Traité des maladies périodiques sans fièvre.*



GENRE III. — Fièvres éruptives.

Considérations générales.

L'expression *fièvre éruptive* contient deux idées représentées par deux termes différents : la fièvre, sur laquelle nous nous sommes déjà suffisamment expliqué, et l'éruption, mot qui a une signification précise et qui peut se dispenser de toute définition. Mais nous suffit-il de savoir que les fièvres éruptives sont des maladies qui présentent de la fièvre et une éruption? Évidemment non, il nous faut surtout connaître le rapport qui relie ces deux faits.

Une bonne classification dermatologique ne doit être, dit M. Bazin, que l'empreinte sur le tégument du cadre nosologique¹ ; et, en effet, un grand nombre d'états morbides, les fièvres, les diathèses, etc., impressionnent aussi bien la peau que les autres tissus de l'organisme ; nous avons trouvé des éruptions dans les fièvres typhoïde et miliaire, dans le typhus, dans la peste, etc. ; les diathèses scrofuleuse, syphilitique, dartreuse, comptent aussi divers exanthèmes parmi leurs manifestations. Le rapport qui existe entre l'éruption et l'état interne qui la produit est-il le même dans ces différents cas et dans les fièvres éruptives? C'est ce que nous allons examiner.

¹ Bazin ; *Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, pag. 21.

Tout d'abord, nous devons établir une distinction entre les fièvres éruptives et les maladies de la peau proprement dites : ces dernières sont, pour la plupart, l'expression de diathèses diverses ; par conséquent, comme la cause qui les produit, elles sont chroniques, ne disparaissent que pour reparaître plus tard, laissant toujours le sujet sous leur influence ; la fièvre éruptive, au contraire, est une affection transitoire, qui s'épuise dans une première atteinte. Les dermatoses ont des causes connues et appréciables ; elles sont héréditaires ou produites par l'oubli des lois de l'hygiène ; les fièvres exanthématiques sont innées, la plupart inévitables. Enfin, les dermatoses sont généralement apyrétiques ; les fièvres éruptives s'accompagnent toujours de fièvre.

Dans la fièvre typhoïde, dans la suette, nous trouvons aussi des éruptions qui disparaissent avec l'affection qui leur avait donné naissance : transitoires comme leur cause, elles n'attaquent la plupart du temps l'individu qu'une fois dans le cours de sa vie ; elles sont aiguës et fébriles. A ces divers points de vue, elles paraissent réunir les conditions nécessaires pour être rangées parmi les fièvres éruptives ; cependant, encore ici, nous trouvons de grandes différences entre les deux genres d'exanthèmes : les taches rosées, les pétéchies, la miliaire, ne sont, en effet, qu'un épiphénomène particulier apparaissant dans le cours de la maladie et n'ayant aucune influence sur la marche de la fièvre.

Dans les fièvres éruptives, les rapports de la fièvre et de l'éruption sont tout différents : nous voyons d'abord un mouvement fébrile qui persiste pendant quelques jours ; puis apparaît l'exanthème, et dès lors la fièvre

cesse, les phénomènes généraux s'apaisent, le calme se rétablit, de telle sorte qu'on pourrait dire que la fièvre n'existait que pour produire l'exanthème, et que, dès que celui-ci s'est entièrement développé, elle n'a plus eu de raison d'être. Nous n'irons pas toutefois jusque-là, nous ne dirons pas que le mouvement fébrile avait pour but de préparer l'éruption ; mais nous dirons qu'en présence du travail intérieur nécessité par la préparation de l'efflorescence, le système vivant ne pouvait rester impassible, qu'il devait opérer une réaction, et que la fièvre existait parce que le travail éruptif se préparait. C'est de cette manière seulement, ainsi que nous le dirons plus tard, que nous pouvons comprendre les fièvres synergiques, au premier rang desquelles on doit certainement placer les fièvres éruptives. L'éruption est donc critique de la fièvre, ou mieux du trouble général de l'organisme accompagné de fièvre ; c'est là le grand caractère des pyrexies exanthématiques, caractère qui les distingue de tous les états fébriles avec éruption.

Nous ne saurions donc admettre les expressions de phlegmasies exanthémateuses (Sauvages), dermatoses exanthémateuses (Alibert), qui ne font aucune part à l'élément fièvre, ce fait si important dans l'histoire des pyrexies éruptives. Borsieri les appelle maladies exanthématiques fébriles, et refuse de les ranger dans la classe des fièvres, parce que, dit-il, cette fièvre n'est point essentielle de sa nature et ne s'associe pas constamment aux maladies exanthématiques¹ Ceci est vrai pour quelques-uns des exanthèmes de Borsieri, l'érysipèle par exemple,

¹ Borsieri ; *Instituts de médecine pratique.*

mais ne l'est pas pour les fièvres éruptives vraies. La fièvre n'est nullement symptomatique de l'exanthème, puisqu'elle le précède ; elle n'est pas plus symptomatique d'une lésion de l'agrégat ; il y a un trouble général produit en vue de l'éruption qui se prépare ; le système circulatoire prend sa part dans ce mouvement général ; l'affection qui produit la fièvre et qui est désignée par elle, est donc primitive, essentielle. Il est si vrai que ce trouble général, dont la fièvre est le fait principal, prédominant, occupe la première place, que si, des deux termes, l'un vient à manquer, c'est non la fièvre, mais l'éruption. L'existence de varioles sans éruption (*variola sine variolis*), de rougeoles sans éruption (*rubeola sine rubeolis*) est un fait admis sans contestation possible, depuis Sydenham ; le travail intérieur peut, en effet, ne pas aboutir, et la fièvre éruptive n'en a pas moins existé. Par conséquent, dans la dénomination de la maladie, c'est à la fièvre que l'on doit accorder la première place ; les expressions *fièvres éruptives*, *pyrexies exanthémateuses*, doivent seules être admises.

La définition de la fièvre éruptive devient maintenant facile : c'est une fièvre primitive, suivie d'une éruption spécifique et critique. Les fièvres éruptives possèdent bien d'autres caractères dont on ne saurait nier l'importance, mais qui ne sont nullement nécessaires, et qui par conséquent ne peuvent entrer dans une définition. Ces caractères sont : l'immunité, la contagion et l'épidémicité.

L'immunité est un fait à peu près constant : la plupart des sujets qui ont été affectés une première fois d'une fièvre éruptive sont, par cela même, à l'abri d'une nouvelle atteinte : il est cependant des individus qui ont jusqu'à

deux ou même trois fois une variole, une rougeole, une scarlatine. De plus, le même caractère appartient à la fièvre typhoïde : il n'est donc pas spécifique.

La contagion est une propriété encore plus générale des fièvres éruptives ; par contagion, nous entendons, avec M. le professeur Anglada : « la transmission d'une affection morbide de l'individu malade à un ou plusieurs individus, par l'intermédiaire d'un principe matériel qui étant le produit d'une élaboration morbide spécifique, provoque chez ceux qu'il atteint, d'une manière médiate ou immédiate, pourvu qu'ils soient convenablement prédisposés, une maladie semblable à celle dont il provient¹ » La contagion appartient plus spécialement à certaines maladies au premier rang desquelles il faut placer les fièvres éruptives ; mais il ne faut pas oublier qu'elle constitue un fait contingent, non nécessaire, qu'elle peut appartenir exceptionnellement à quelques affections morbides, de même qu'elle peut faire défaut à celles dont elle est la propriété habituelle. La contagion, n'étant donc pas spéciale aux fièvres éruptives, ne sert nullement à les caractériser.

Enfin l'épidémicité, qui marche si souvent de pair avec la contagion, peut se rencontrer dans les fièvres éruptives, mais celles-ci sont aussi très-souvent sporadiques.

Nombre des fièvres éruptives. — Combien de fièvres éruptives faut-il admettre ? Les opinions sont partagées sur ce point. Les uns, qui définissent les pyrexies exanthématiques : des fièvres suivies d'éruption, admettent dans ce cadre, outre la variole, la rougeole et la scarlatine,

¹ Anglada ; *Traité de la contagion*, tom. I, pag. 12.

l'érysipèle, le zona, l'urticaire, etc.; et cependant, dans ces dernières maladies, l'éruption n'est pas critique de la fièvre. De plus, les caractères secondaires des fièvres éruptives, la contagion, l'immunité, l'épidémicité, manquent à ces affections; enfin, les mêmes éruptions se rencontrent dans des circonstances qu'on ne peut en aucune manière assimiler aux fièvres éruptives¹ Pour ces divers motifs, nous les rejetons de la classe que nous étudions en ce moment; d'un autre côté, reconnaissant qu'on ne saurait les assimiler aux maladies chroniques de la peau, nous en faisons un groupe à part que nous étudierons sous le nom de fièvres pseudo-exanthématiques, et auquel on pourrait également appliquer la désignation que Borsieri proposait pour toutes les fièvres éruptives: *maladies exanthématiques fébriles*. Pour nous, nous ne reconnaissons qu'à la variole, à la rougeole et à la scarlatine le droit d'être rangées dans la classe des pyrexies exanthématiques; la varicelle, dont nous discuterons plus tard la nature, peut être mise à côté de la variole et de la varioloïde: la roséole trouve sa place entre la rougeole et la scarlatine.

¹ M. Jaumes place bien à côté de la variole, de la rougeole et de la scarlatine, les éruptions érysipélateuse, miliaire, ortiée, le pemphigus, les pétéchies, l'érythème, l'eczéma, l'ecthyma aigu spontanés; mais tous ces exanthèmes sont confondus par lui sous la même dénomination de maladies éruptives aiguës. On ne peut refuser à M. Jaumes le droit de désigner ainsi ces éruptions, qui sont toutes, en effet, des maladies aiguës; mais nous croyons aussi que certaines d'entre elles possèdent quelques caractères particuliers qui doivent les faire regarder comme un genre distinct dans la classe des maladies éruptives aiguës: ce sont les véritables fièvres éruptives. (Jaumes; *Les maladies éruptives sont-elles des affections essentielles?* etc. Thèse de concours, pag. 14. Montpellier, 1848.)

Étiologie. — Dans la production d'une fièvre éruptive, il faut généralement reconnaître l'action des deux facteurs interne et externe. La disposition individuelle est à peu près commune à tous les hommes, surtout pour la variole et la rougeole; cette disposition est favorisée dans son développement par l'âge de l'individu, la saison, etc.; elle ne se manifeste du reste à nous par aucun signe qui puisse la faire reconnaître. Cette aptitude individuelle demande souvent, pour entrer en action, la coopération du second facteur, mais souvent aussi elle peut suffire au développement de la maladie; ce n'est plus alors simplement une aptitude, c'est une véritable disposition qui n'attend que la plus légère occasion, et non l'action puissante du virus, pour faire la maladie. La spontanéité possible des fièvres éruptives est en effet un principe qu'il faut admettre et que les expériences de M. Chauveau n'ont pu en aucune manière ébranler: chacun a en effet observé des faits dans lesquels il n'a pu reconnaître l'influence de la contagion, et du reste l'origine première des maladies éruptives est parfaitement connue¹; la spontanéité des fièvres éruptives est encore nettement démontrée par cette raison bien simple que le premier homme qui a été atteint de variole, de rougeole ou de scarlatine, ne l'avait encore reçue de personne.

Le virus, facteur externe, est solide, liquide ou halitueux; ce n'est que dans la variole qu'il se présente sous ces trois états; dans la rougeole et la scarlatine, il n'est qu'halitueux, et peut-être aussi liquide, s'il est vrai que

¹ Voir le livre de M. Anglada: *Étude sur les maladies éteintes et les maladies nouvelles*, etc.

les larmes puissent inoculer la maladie. Quand nous disons que le virus est solide, liquide ou halitueux, il est bien entendu que nous ne voulons parler que de la matière qui le renferme; quant au principe contagieux lui-même, il est invisible, intangible, et n'est connu que par ses effets.

Dans ces derniers temps, M. Chauveau a cherché à déterminer d'une manière plus précise qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui, quelle est, dans un liquide virulent, la partie active, la partie qui contiendrait le virus. Ses expériences ont porté d'abord sur le vaccin, puis sur la morve et la variole¹; elles lui ont permis de conclure que la sérosité n'est pas virulente, et que l'activité du virus réside dans les granulations solides, soit dans toutes indistinctement, soit dans une partie seulement de ces petits organites élémentaires. Cette inactivité de la sérosité vaccinale constituerait, on le comprend, un fait d'une importance majeure, non-seulement au point de vue spécial de la théorie de la virulence, mais encore au point de vue général de la physiologie des éléments. Ce n'est point ici le lieu de nous arrêter sur la valeur de tous ces faits; M. Robin les a attaqués, et a admis que la cause de la virulence n'est point due à la présence de tel ou tel corps solide en suspension, mais à des modifications isomériques particulières des substances coagulables qui prennent part à la constitution du sérum de pus; M. Colin a réfuté également la manière dont les expériences de M. Chauveau ont été conduites². D'une autre part, l'opinion de M.

¹ Chauveau; *Communications diverses à l'Académie des sciences*. 10 et 17 février 1868. *Académie de médecine*. 28 juillet 1868, etc.

² Séance de l'Académie de médecine du 21 juillet 1868.

Chauveau a été soutenue par Keber de (Dantzic ¹), Schurtz (de Zwickau ²), etc. Cette question doit donc encore rester à l'étude ; toutefois, nous ne devons pas dissimuler nos sympathies pour la théorie de M. Chauveau, à laquelle les travaux de M. Béchamp sur les microzymas nous paraissent donner une grande valeur.

Quant à l'opinion de M. Hallier ³, qui considère les maladies contagieuses comme devant leur existence à un champignon dont il prétend avoir défini l'espèce, nous la considérons encore comme une pure hypothèse.

Il est facile de voir, d'après ce que nous avons dit de la contagion halitueuse, ou par l'intermédiaire de l'air, que la transmission des maladies n'exige pas toujours le contact de l'individu sain avec le sujet malade. Faut-il dire, avec quelques médecins, que dans ces cas il n'y pas contagion? Mais si le contact n'a pas lieu entre les deux sujets, il est encore plus intime entre l'individu sain et le virus, qui est transporté par la respiration jusque dans les dernières ramifications bronchiques ; la contagion, par conséquent, n'en est pas moins évidente.

Symptomatologie — Toute fièvre éruptive a au moins cinq périodes à parcourir : 1° l'*incubation*, préparation de l'efflorescence (Morton), stade de contagion (De Haën), temps de fermentation (Sydenham), d'ébullition, d'effervescence; c'est le temps qui sépare le moment où le système vivant a été impressionné par la cause morbide, et celui de l'apparition des premiers symptômes ; cette période

¹ *Archives de Virchow*, vol. XLII.

² *Archiv der Heilkunde*, pag. 64. 1868.

³ *Archives de Virchow*, vol. XLII, pag. 309.

ne se manifeste à nous par aucun phénomène, c'est pour ainsi dire une époque de recueillement: l'économie se prépare à faire la maladie. Cette période ne peut être bien appréciée que lorsqu'il y a eu inoculation ou contagion évidente. 2° Avec l'*invasion*, appelée aussi temps de séparation, état de contagion, fièvre d'éruption, la maladie commence, les premiers phénomènes apparaissent; c'est le moment du travail intérieur nécessité par la préparation de l'éruption; on peut dès cette période distinguer quelle sera la fièvre éruptive à laquelle l'on aura affaire: chacune d'elles, en effet, se reconnaît à des symptômes spéciaux. 3° En troisième lieu, apparaît l'*éruption*, qui met fin aux phénomènes précédents, qui est critique de la fièvre d'invasion. Chaque exanthème a des caractères spécifiques que nous étudierons. Dans la variole, il existe une autre période, dite de suppuration, ou fièvre secondaire, produite par la suppuration des innombrables pustules qui recouvrent la surface du corps. 4° La *desquamation* ou *dessiccation* est le temps pendant lequel l'éruption disparaît, et la peau reprend peu à peu son aspect normal. 5° Enfin, nous ajoutons une dernière période, la *convalescence*. Si en effet, dans la plupart des maladies, la convalescence est l'époque du retour graduel vers la santé, dans les fièvres éruptives sa marche est souvent embarrassée par l'apparition de phénomènes plus ou moins graves; aussi faut-il se garder d'abandonner le sujet à cette période de la maladie, c'est au contraire le moment où il a encore plus particulièrement besoin de surveillance.

Nous ne parlons pas du *diagnostic* et du *pronostic* des

fièvres éruptives, qui seront étudiés quand nous ferons l'histoire particulière de chaque espèce.

Traitement. — Quant au traitement, il est inspiré par la connaissance de la nature de la maladie : or, les fièvres éruptives sont des maladies nécessaires, qui doivent fatalement évoluer, il est impossible de chercher à arrêter leur marche ; par conséquent, ce sont les principes de la méthode naturelle qui doivent guider le médecin.

Nature des fièvres éruptives. — La lésion de la peau, la phlegmasie cutanée, nous l'avons vu ; n'est qu'un élément secondaire, qui n'apparaît que consécutivement à la fièvre d'invasion ; on ne peut donc placer les pyrexies exanthémateuses parmi les maladies de la peau. D'un autre côté, il n'y a aucune altération du sang qui soit spéciale aux fièvres éruptives ; ce qu'on a dit de la présence de parasites, de champignons dans le sang, n'est nullement démontré : leur cause prochaine ne réside donc pas dans une lésion quelconque des solides ou des liquides. Les fièvres éruptives sont des affections fébriles essentielles ; elles sont de plus spécifiques, spécifiques par leur cause, le virus, qui ne saurait produire autre chose qu'une maladie semblable à celle dont il provient ; spécifiques par leurs symptômes, qui présentent une physionomie tout à fait particulière.

Variole.

La variole (de *varus*, pustule) est aussi connue sous le nom de *petite-vérole*, d'après ses analogies extérieures avec l'épidémie de syphilis du xv^e siècle ; Rabelais l'a appelée picote (auions les faces quartées.... Lung y auoyt

la *picote*, l'autre la vérolle, l'autre la rougeolle, etc., liure IV, chap. LII), et ce nom a été conservé dans nos campagnes du Midi pour désigner, non-seulement la variole, mais aussi la clavelée, le cow-pox et la vaccine.

La variole est une maladie nouvelle; Grégoire de Tours, Marius d'Avenches en 580, Aaron d'Alexandrie quelques années plus tard, sont les premiers à en faire mention sous les noms de *dysentericus morbus*, *valetudines variæ*, *malignæ cum pustulis et vesicis* ¹ Lors de cette première apparition, la variole présenta tous les traits des maladies nouvelles, épidémicité et gravité insolites. Le médecin Rhazès, ou Abou-Beckr-al-Razi, surnommé le Galien arabe, donna de la variole, vers la fin du ix^e siècle ou le commencement du x^e, une description plus scientifique, malgré de grandes imperfections. Sydenham mérite une mention toute particulière pour les efforts qu'il fit dans le but de réformer le traitement incendiaire de ses prédécesseurs; après lui, Borsieri, Morton, tous les épidémiographes, nous ont laissé des descriptions plus ou moins exactes; parmi les modernes, M. Rayet, dans son *Traité des maladies de la peau*, a consacré à la variole un article des plus intéressants; nous trouverons encore dans le cours de ce chapitre bien des travaux à citer, relatifs à des points particuliers de l'histoire de la variole.

¹ Voir pour l'origine de la variole, aussi bien que pour celle de la rougeole et de la scarlatine, le livre déjà cité de M. le professeur Anglada, *sur les maladies éteintes et les maladies nouvelles*. Cette question y est traitée de manière à ne plus laisser aucune place au doute sur l'apparition relativement moderne de ces affections.

La variole est une fièvre éruptive à exanthème pustuleux; cette définition, malgré sa brièveté, nous paraît suffisante, puisqu'elle distingue la petite-vérole de toute autre maladie.

Étiologie. — Il existe, pour la variole, une prédisposition générale, que la vaccine détruit totalement ou en partie. Avant la vaccine, la variole atteignait les jeunes enfants; aujourd'hui ce n'est que plus tard qu'elle se montre; elle peut même attaquer les vieillards. Il paraît aussi que le fœtus est quelquefois affecté dans le sein de sa mère; Borsieri cite plusieurs faits de ce genre empruntés à Ludwig, Murray, Mead¹, etc. En 1842, M. Gérardin a présenté à l'Académie de médecine le cadavre d'un enfant nouveau-né couvert de pustules varioliques²; depuis lors, les faits de ce genre se sont encore multipliés. La variole, comme toutes les fièvres éruptives, se montre spécialement au printemps; aussi Sydenham les compare-t-il à ces oiseaux que l'on voit revenir périodiquement à cette époque de l'année. Le virus varioleux, nous l'avons dit, peut se présenter sous les trois états solide, liquide et gazeux. Au temps de l'inoculation, on employait les croûtes, plus souvent le pus contenu dans les pustules; aujourd'hui cette méthode est abandonnée, et la transmission ne s'opère plus que par l'intermédiaire de l'air. Le virus conserve très-longtemps son action, il survit au malade; il est cependant difficile d'admettre les faits cités par Vicq d'Azyr, P. Frank³, d'après lesquels des cadavres exhumés

¹ Borsieri; *Instituts de médecine pratique*.

² Cité par Requin, tom. III, pag. 347.

³ *Ibid.*, tom. III, pag. 316.

après un, dix et même trente ans, auraient encore pu communiquer la maladie. Le virus peut s'attacher aux pièces de literie, aux vêtements, etc.

Symptomatologie. — La variole présente six périodes : l'incubation, l'invasion, l'éruption, la suppuration, la desquamation et la convalescence.

1° *L'incubation* ne se manifeste à nous par aucun symptôme; l'esprit la conçoit, les sens ne peuvent la démontrer; sa durée varie entre six et huit jours.

2° *Invasion.* — Dans cette période, la fièvre se déclare, précédée par tous les prodromes des fièvres graves : malaise, anxiété, céphalalgie, inappétence, etc. Elle présente les principaux traits des fièvres catarrhales; cet aspect peut toutefois être modifié, sous l'influence de la constitution médicale régnante. Elle débute le soir par un frisson assez violent, suivi d'une chaleur généralement vive (40 et 41°); les malades sont brisés, ressentent des douleurs dans tout le corps, localisées plus spécialement dans les *lombes*, et acquérant en ce point une intensité très-grande (rachialgie); il existe une céphalalgie très-vive, un malaise général : la fièvre est très-accentuée; enfin il y a des *nausées* et quelquefois des *vomissements*; la langue est blanche, l'appétit est perdu. Chez les enfants, on observe quelquefois des convulsions; nous ne nous expliquons pas que MM. Rilliet et Barthez¹ n'aient constaté ce symptôme qu'une fois; quoi qu'il en soit, les convulsions ne présentent pas ici la gravité qu'elles ont

¹ Rilliet et Barthez; *Traité des maladies des enfants*, tom. III, pag. 14.

dans d'autres circonstances, et elles cessent le plus habituellement dès que l'éruption apparaît.

Quelquefois, la période d'invasion s'accompagne de phénomènes plus graves ; la fièvre devient beaucoup plus vive ; l'agitation est très-grande ; il y a de l'insomnie, du délire et autres symptômes nerveux. Généralement cette aggravation des symptômes présage une variole confluente ; Borsieri cite cependant des cas où une variole discrète, mais maligne, a succédé à des symptômes prodromiques très-intenses¹ ; nous avons même vu des éruptions très-discrètes et bénignes mettre fin à un état en apparence très-grave.

3° *Éruption*. — Le quatrième jour, souvent le troisième dans les varioles confluentes, l'éruption commence à paraître, et dès lors les symptômes généraux s'apaisent peu à peu, pour cesser à peu près complètement dès que le travail est terminé, surtout dans les varioles discrètes. L'éruption est discrète ou confluente : dans le premier cas, des pustules disséminées se montrent sur la surface du corps ; dans le second, elles se réunissent et se confondent par leur base ; le plus souvent alors elles se réunissent les unes dans les autres et forment de larges plaques, de larges vessies blanchâtres, qui contiennent la matière purulente (variole corymbifère). L'éruption débute par la face et envahit consécutivement le tronc et les membres. On voit d'abord apparaître de petites taches rouges, au centre desquelles se montre bientôt une papule. Le second jour, la papule s'entoure d'une aréole rouge, et le troisième elle se transforme en une vésicule présentant à

¹ Borsieri ; *loc. cit.*

son sommet une légère dépression circulaire. Dans les varioles confluentes, cette disposition ne s'aperçoit que difficilement, par suite de la confusion des vésicules les unes dans les autres que nous venons de décrire. L'éruption est particulièrement serrée à la face, qui dès ce moment commence à se tuméfier ; en même temps apparaît un ptyalisme assez abondant. L'éruption peut aussi envahir les muqueuses buccale, pharyngée, laryngée ; la présence de pustules en ces points détermine de la dysphagie, de la raucité de la voix, etc. Constatons enfin que l'exanthème peut manquer ; ainsi que nous l'avons dit, le travail préparatoire n'aboutit pas toujours ; il suffit, pour se convaincre de la réalité de ce fait, de lire les observations de Sydenham ¹

En même temps que l'exanthème varioleux, quelquefois avant lui, peut apparaître une éruption simulant la scarlatine ou la rougeole, et appelée *rash* ; cette éruption, qui ne se montre que dans des cas exceptionnels, est limitée sur certaines parties du corps, ordinairement la partie inférieure du tronc et le haut des cuisses ; quelquefois elle se généralise à la plus grande partie de la surface cutanée. Quelle valeur faut-il attacher au *rash* varioleux ? son apparition présage-t-elle une variole bénigne ? est-elle au contraire l'indice de la malignité de la maladie ? Si l'on se reporte à la discussion qui eut lieu au mois de juin 1869, devant la Société médicale des hôpitaux ², on verra que l'accord sur ce point est encore loin d'exister. Pour les uns, M. Isambert en particulier, le *rash* aurait une valeur pronostique favora-

¹ Sydenham : *Fièvre continue des années 1667 1668, et d'une partie de 1669*, tom. I, pag. 177.

² Consulter les *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*. Juin 1867.

ble; pour d'autres, au contraire, et M. Chauffard est du nombre, le *rash* ne serait qu'une forme de variole hémorrhagique, et acquerrait par cela même une gravité très-grande.

En présence d'une diversité si complète d'opinions, nous avons cherché à nous éclairer, et nous avons mis à profit dans ce but les nombreuses observations que nous avons pu faire dans notre service pendant l'épidémie de l'hiver 1870-71. Mais, nous devons bien le dire, nos efforts n'ont pu aboutir à fixer définitivement la valeur pronostique du *rash*. Nous l'avons vu en effet apparaître dans les conditions les plus différentes et même les plus opposées: très-souvent il a coïncidé avec des varioles discrètes et bénignes, tandis que dans un grand nombre de cas il précédait au contraire des éruptions confluentes et très-graves, le plus souvent alors hémorrhagiques. Toutefois, il nous a paru que dans les cas où le *rash* était localisé, limité à la partie inférieure du tronc et supérieure des cuisses, la maladie présentait une grande bénignité; si au contraire le *rash* s'étendait à toute la surface du corps, la variole prenait aussitôt un caractère très-grave. Nous n'oserions donner encore cette opinion comme l'expression d'une loi générale; nos observations ne sont peut-être pas en effet assez nombreuses sur ce point; c'est à l'expérience ultérieure à s'emparer de ce fait et à en déterminer la valeur. Dans cette étude, il faudra se garder d'une cause d'erreur, et ne pas confondre avec un simple *rash* une véritable scarlatine venant compliquer la variole. Cette réflexion nous est inspirée par l'observation que nous avons faite d'un ou deux faits d'éruption généralisée à toute la surface du corps et accom-

agnée d'angine, alors que la variole s'affirmait par l'existence de ses symptômes généraux et la présence de quelques vésicules cutanées. Dans ces cas, la mort a été des plus rapides. Quoi qu'il en soit, bien des obscurités règnent encore sur ce point de l'histoire de la variole, et il nous paraît impossible, dans l'état actuel de la science, d'établir d'une manière définitive la valeur pronostique du *rash* varioleux.

4° *Suppuration*. — Du huitième au onzième jour, le liquide séreux contenu dans les vésicules se trouble, s'épaissit, se transforme en pus, et en même temps les pustules augmentent de volume. La fièvre reparaît; ce n'est plus maintenant une fièvre primitive, elle est au contraire secondaire, symptomatique de la production de pus; chaque pustule peut être en effet assimilée à un petit abcès. Les intervalles des pustules deviennent rouges et se tuméfient; le gonflement est surtout marqué au visage, plus encore aux paupières, qui recouvrent complètement les yeux; les mains et les pieds se tuméfient immédiatement après le visage; le malade exhale à ce moment une odeur fétide. Cette période est la plus grave: c'est alors qu'apparaissent les complications les plus sérieuses, que se font les métastases sur les organes importants, l'encéphale, le poumon, que l'urine contient de l'albumine, etc. La durée de ce stade est de trois jours à peu près.

5° *Desquamation*. — Les pustules s'affaissent ou se crevent; le pus se concrète à la surface de la peau, où il forme des croûtes que remplace d'abord une coloration violacée, qui disparaît elle-même et laisse à sa place des traces indélébiles. Toutes les pustules ne produisent ce-

pendant pas des cicatrices, la réparation peut se faire d'une manière complète et parfaite. Tout est à peu près terminé vers le vingtième jour.

6° *Convalescence*. — La convalescence de la variole est souvent entravée par divers accidents qui tirent la plupart leur origine de la grande quantité de pus produite dans l'économie. On dirait en effet qu'il y a eu une espèce d'habitude créée, et que pendant quelque temps l'organisme est pour ainsi dire obligé de faire du pus. C'est ainsi que l'on voit survenir des furoncles, des abcès nombreux, et quelquefois même tous les symptômes de l'état faussement appelé diathèse purulente: abcès métastatiques, diarrhée colliquative, vomissements, anxiété, délire, petitesse et inégalité du pouls, etc.; cet état conduit à peu près inévitablement à la mort.

Des otorrhées purulentes avec carie du rocher, des ophthalmies, conséquences de la présence des pustules sur l'organe oculaire, des diarrhées opiniâtres liées à des ulcérations intestinales : telles sont encore les suites plus ou moins fréquentes de la variole. Ce sont spécialement les petites-véroles confluentes, celles où la production de pus a été abondante, qui présentent ces phénomènes; la convalescence des discrètes est plus régulière.

Structure de la pustule. — L'éruption débute, ainsi que nous l'avons vu, par une papule; à ce moment, l'épiderme est déjà ramolli, séparé du derme; puis se forment une vésicule, et enfin la pustule caractéristique. La pustule est surtout remplie par une production concrète plutôt que par du pus, qui n'y existe qu'en très-petite quantité. Sous l'épiderme on trouve, en effet, une fausse membrane

d'un blanc mat, d'un millimètre d'épaisseur, ayant la forme d'un cône tronqué et déprimé à son centre.

Quant à la dépression, à l'ombilication de la pustule, que l'on avait généralement rattachée à la forme même du disque, bien plus épais à sa circonférence qu'à son centre, M. Vulpian, dans une communication récente, en a donné l'explication suivante¹ : Pour lui, elle serait due à l'affaissement de la couche cornée de l'épiderme au niveau de la partie la plus fortement vacuolée de la couche de Malpighi, dans l'épaisseur de laquelle s'est développée la pustule ; la partie périphérique, gonflée, n'ayant encore subi qu'une destruction cellulaire peu considérable, forme une saillie tout autour du point affaissé. Pour M. Vulpian, voici, en effet, comment les choses se passeraient dans l'intérieur de la couche de Malpighi : Dans une première période, correspondant à l'état papuleux de l'éruption, il y aurait congestion de la couche papillaire du derme et gonflement du corps muqueux de Malpighi ; déjà, à ce moment, il y aurait extravasation de quelques leucocytes dans les couches superficielles du derme. Lorsque la papule se transforme en vésicule, la portion moyenne de la couche de Malpighi se creuse de vacuoles séparées incomplètement par une charpente plus ou moins largement réticulée, et ces vacuoles apparaissent d'abord au niveau de la partie la plus saillante de la papule ; elles sont séparées de la couche cornée de l'épiderme et de la couche superficielle du derme par quelques rangées de cellules appartenant encore à la couche de Malpighi et ayant subi elles-mêmes de notables modifications. La formation des

¹ Vulpian ; *Note sur l'anatomie pathologique de la pustule variolique*. Académie de médecine, séance du 30 octobre 1870.

vacuoles est due, d'une part au refoulement en tous sens des cellules épidermiques par le liquide provenant du corps papillaire, et d'autre part à la destruction d'un certain nombre de cellules épidermiques, destruction qui crée ainsi des alvéoles intercellulaires. Les alvéoles de la vésico-pustule contiennent un liquide transparent dans lequel on trouve un nombre plus ou moins considérable de corpuscules ; ce liquide est formé de sérum sanguin modifié par son passage à travers les tissus qui séparent les vaisseaux de la vacuole ; quant aux corpuscules, ce sont, d'une part des cellules épidermiques plus ou moins altérées, d'autre part des leucocytes dont le nombre va en augmentant avec l'âge de l'éruption ; enfin des granulations et quelques corpuscules mouvants. Les vésico-pustules s'agrandissent par la destruction et le refoulement des cloisons qui séparent les vacuoles, et c'est alors qu'elles s'ombilicquent, si elles doivent présenter cette ombilication.

Quant au disque, admis par la plupart des auteurs, M. Vulpian n'en nie point l'existence ; seulement il ne serait pas, d'après lui, de nature fibro-plastique, ainsi qu'on le pense généralement ; il serait formé, selon lui, par une eschare épidermique infiltrée de liquide et mélangée avec une petite quantité de fibrine et quelques leucocytes.

Les formes et la structure des pustules qui siègent sur les muqueuses buccale, pharyngée, laryngée, oculaire, rectale, sont les mêmes ; leur marche est peut-être plus rapide.

Anatomie pathologique. — La variole n'a aucune altération qui lui soit propre ; les lésions que l'on rencontre à

l'autopsie sont le résultat des complications qui ont existé pendant la vie.

Le sang peut bien être modifié dans sa composition, mais ces modifications tiennent, non à la variole elle-même, mais à ses complications : c'est ainsi que dans une variole franche et confluyente, la fibrine est en excès comme dans toutes les inflammations, chaque pustule pouvant être considérée comme une phlegmasie locale; dans les varioles hémorrhagiques, il y a au contraire diminution considérable du même élément, comme dans toutes les affections hémorrhagiques. D'après M. Huchard, la variole aurait une tendance très-marquée à produire des dégénérescences stéatomateuses, qui exerceraient leur action sur les petits vaisseaux et sur tous les organes, principalement dans les formes hémorrhagique et confluyente. Elle posséderait encore des propriétés phlogogènes qui détermineraient une inflammation presque généralisée à tout le système musculaire, et ainsi s'expliquerait la fréquence des complications cardiaques; la phlegmasie du myocarde deviendrait en effet, dans cette théorie, une cause puissante de mort rapide ou subite dans la variole, et créerait dans tous les cas un danger considérable pour les malades ¹

Complications. — La variole, à sa période d'invasion, peut être compliquée par la plupart des états morbides que nous avons étudiés : inflammatoire, bilieux, etc. L'élément intermittent peut également se montrer dans les pays marécageux. Dans certains cas, on observe un défaut de forces,

¹ Huchard ; *Étude sur les causes de la mort dans la variole. Archives générales de médecine*, tom. I et II. 1870.

de synergie, qui empêche l'éruption de se faire; les boutons ont de la peine à sortir le gonflement du visage et des mains ne se fait pas; cet état est grave, parce qu'il peut produire des phlegmasies d'organes importants, le travail extérieur se portant alors à l'intérieur. Dans d'autres circonstances, l'éruption est arrêtée par une complication phlegmasique; il faut savoir distinguer ce cas du précédent. Ici, une inflammation s'est produite, attire à elle tous les mouvements, l'éruption ne peut dès lors se faire; dans le premier cas, au contraire, la phlegmasie s'était produite parce que l'éruption avait été entravée dans son développement.

La présence de pustules sur certains points constitue souvent une véritable complication; il nous suffira de citer les pustules placées sur l'œil, où elles peuvent occasionner les désordres les plus graves, tels que des perforations de la cornée avec leurs conséquences, ou au moins des opacités qui gênent considérablement la vue.

L'éruption peut aussi présenter des caractères anormaux, dont la plupart sont dus généralement à l'existence concomitante d'un état ataxo-adyamique. Ainsi, une rougeur vive, semblable à la rougeur érysipélateuse, ou bien des pétéchies, peuvent exister entre les pustules, qui deviennent-elles-mêmes souvent sanguinolentes; dans ces cas, on observe simultanément de la diarrhée, des hémorragies internes et externes qui contribuent à affaiblir le malade; ce sont les varioles hémorragiques, dont la production s'explique encore plus par la mauvaise constitution du sujet que par le génie propre de l'épidémie. Les varioles noires, telles que Haller les a observées en 1735, et Sydenham en 1670, 1671 et 1672, rentrent dans cette caté-

gorie. Les pustules peuvent prendre un aspect cristallin, corné, dû à la présence dans leur cavité d'un liquide clair, transparent, ou produit même par la vacuité complète de cette cavité. Ces diverses apparences sont toujours l'indice d'une situation fâcheuse. Nous étudierons plus tard les modifications apportées dans la marche de la variole par la présence d'une éruption rubéoleuse ou scarlatineuse.

Pendant la dessiccation, on peut voir, ainsi que nous l'avons dit, les pustules s'affaisser, se flétrir tout à coup : c'est le prélude d'une infection purulente commençante ; on voit bientôt après, en effet, se déclarer les symptômes qui caractérisent cet état.

La variole peut, en revanche, exercer une heureuse influence sur la marche de certaines maladies ; les éruptions cutanées en particulier sont avantageusement modifiées par l'exanthème varioleux.

Récidives. — L'immunité est un fait général, mais non constant ; aussi voit-on des individus avoir deux et même trois atteintes de variole, d'après Borsieri. Dans ces cas, la seconde maladie n'est habituellement pas complète ; c'est une variole tronquée, une varioloïde.

Diagnostic. — Dans la première période de toute fièvre éruptive, il faut toujours se tenir sur ses gardes, jusqu'à ce que la maladie soit suffisamment caractérisée ; la plupart des fièvres catarrhale, bilieuse, inflammatoire, typhoïde même, peuvent en effet, dans certaines circonstances, se présenter avec les apparences de la variole. Toutefois, l'existence de nausées, de vomissements, de douleurs vives dans les lombes, pourra faire songer à une variole, surtout si le sujet n'a pas été vacciné, ou mieux encore

s'il a eu quelques rapports avec un varioleux. Plus tard, quand l'éruption spécifique aura apparu, on ne pourra plus conserver aucun doute.

Pronostic. — Nous devons établir à ce point de vue une distinction entre les varioles discrètes et confluentes : ces dernières sont bien plus graves que les autres. On comprend en effet que dans ces cas les fonctions de la peau sont complètement abolies; les produits de désassimilation fébrile ne peuvent plus s'éliminer par cette voie; ajoutons, ainsi que le fait remarquer M. Huchard¹, que les autres fonctions excrémentitielles sont aussi plus ou moins profondément troublées, que les urines sont rares, quelquefois nulles; que la perspiration pulmonaire est également diminuée par suite des altérations profondes qui souvent siègent sur la muqueuse respiratoire, et nous comprendrons tous les désordres que cette accumulation de matériaux fébriles va produire, toutes les localisations qui vont ainsi se manifester.

Le danger devient plus grand encore si l'on voit l'éruption se développer avec peine, des localisations sur les organes internes se produire, la complication adynamique avec ses différents caractères apparaît, des menaces d'asphyxie lente se manifester par suite du développement de pustules sur la muqueuse aérienne et du gonflement consécutif de cette membrane (Huchard), etc. Si le malade échappe à toutes ces causes de mort qui l'ont ainsi poursuivi pendant les différentes périodes de la variole, il peut encore succomber aux conséquences d'une vérita-

¹ Huchard ; *loc. cit.*, pag. 153.

ble infection purulente pendant la convalescence. Le pronostic est aggravé par la nature spéciale de la variole; ainsi, entre toutes, les varioles hémorrhagiques sont les plus graves; elles amènent presque constamment la mort. Enfin, certaines conditions individuelles, l'état puerpéral, l'alcoolisme, etc., peuvent aussi augmenter le danger de la maladie.

Traitement.— Trois indications principales nous paraissent devoir être déduites de l'étude que nous venons de faire : 1° Si l'affection est simple, évolue normalement, la surveiller, faire de l'expectation; 2° Débarrasser la maladie des complications qui peuvent en entraver la marche; 3° Traiter quelques symptômes qui pourraient, si on n'en arrêtaient le développement, occasionner des accidents sérieux.

1° C'est par la méthode naturelle qu'on remplit la première indication. Dans l'invasion, on se contentera de donner quelques boissons chaudes pour pousser à la peau, d'appliquer des cataplasmes émollients pour calmer la céphalalgie, détourner les mouvements qui se portent vers la tête, les attirer à l'extérieur. Au moment de l'éruption, on cherchera une température plus douce, on découvrira légèrement les malades, on laissera entrer l'air dans leur chambre; Sydenham même les faisait lever ¹, à tort croyons-nous, car on pourrait ainsi arrêter l'éruption; on emploiera aussi quelques boissons rafraîchissantes. Enfin, au moment de la dessiccation, on donnera un purgatif, dans le but de prévenir la formation des abcès.

¹ Sydenham; *Lettre à Guillaume Cole*, tom. II, pag. 12.

2° Les états inflammatoire, bilieux, muqueux, catarrhal, en venant compliquer la variole, peuvent empêcher la marche favorable de l'éruption; aussi est-il très-important de les combattre dès qu'ils se présentent. Le défaut de forces, de synergie, l'état ataxo-adyamique, retardent aussi souvent la sortie de l'exanthème : c'est alors qu'il faut avoir recours aux toniques et excitants diffusibles; dans toute autre circonstance, ces moyens seraient plutôt nuisibles qu'utiles. Si, comme on le faisait souvent autrefois, on voulait pousser quand même à la peau, « les efforts que l'on ferait ne réussiraient pas davantage que si, voulant faire sortir d'une maison spacieuse une grande troupe de gens qui s'y seraient renfermés, on les obligeait, en leur causant quelque frayeur terrible, de courir tous à la fois du côté de la porte, car la presse serait si grande qu'ils s'embarrasseraient les uns les autres et se fermenteraient mutuellement le passage ¹. » Dans les cas d'ataxo-adyamie seulement, on devra donc employer les toniques (bouillon, vin, préparations de quinquina), les excitants diffusibles (acétate d'ammoniaque), les antispasmodiques (camphre, musc, etc.), les sinapismes, les vésicatoires; Sydenham recommande également, surtout si le délire prédomine, les préparations opiacées. Dans les varioles hémorrhagiques, à ces moyens on associera les acides, le perchlorure de fer, qui nous a rendu souvent de très-grands services. Les affusions froides ont fréquemment aussi été employées dans ces cas; elles ne peuvent être utiles que pour abaisser la température, quand celle-ci est trop élevée. Si l'on craint le développement d'une infection

¹ Sydenham; *loc. cit.*, pag. 21.

purulente, les toniques seront encore indiqués, mais on devra concurremment faire usage des purgatifs et surtout des acides minéraux; on aura également le soin d'ouvrir les abcès. Dans ces derniers temps, on a préconisé les préparations désinfectantes, l'acide phénique en particulier, comme pouvant enrayer les phénomènes de fermentation que l'on supposait devoir se passer dans l'intérieur de l'organisme; nous avons souvent essayé ces moyens, mais toujours sans succès. Ils ne sont utiles que pour désinfecter les appartements et arrêter ainsi la propagation de l'épidémie. Enfin, les inflammations locales réclameront le traitement qui leur est approprié, suivant la nature de l'affection générale qui les produit. On le voit, le traitement de la variole est loin d'être toujours identique, il doit constamment varier suivant les formes particulières que prend la maladie, les complications qu'elle présente; « on ne s'aperçoit jamais mieux, disait en effet Huxham, des variations que la différente constitution des solides et des liquides apporte dans la même maladie que dans la petite-vérole. »

3° Les pustules mal placées doivent éveiller l'attention du praticien; au visage, elles peuvent laisser des cicatrices qu'il est bon de prévenir; aussi, de tout temps, a-t-on cherché à les faire avorter, et Van Swiéten déjà recommandait dans ce but les préparations mercurielles: « *In ipso variolarum morbo profuisse mercurium dulcem testantur medici, ut... vel nullæ omnino nascerentur, vel saltem quam paucissimæ* » M. Serres, et plus tard M. Briquet, ont employé avec succès l'emplâtre de Vigo. Cette méthode

¹ Van Swiéten; *Commentaires sur Boerhaave*, § 139 2.

est préférable à la cautérisation des pustules par le nitrate d'argent, opération douloureuse qui ne doit être pratiquée que lorsqu'on veut enrayer le cours d'une pustule isolée, placée sur l'œil, par exemple. On commence alors par percer la pustule, on enfonce ensuite le crayon de nitrate. Contre la démangeaison qui accompagne la dessiccation, démangeaison telle que les malades, ne pouvant la supporter, arrachent les croûtes et produisent ainsi des cicatrices plus profondes, on emploiera des onctions huileuses, les lotions calmantes, les poudres de riz, d'amidon, les fécules, etc.

Nous étudierons plus loin le traitement préventif de la variole.

Auteurs à consulter. — Sydenham; *Médecine pratique*. Morton; *Opera medica*. Borsieri; *Instituts de médecine pratique*. Rayet; *Maladies de la peau*. Rilliet et Barthez; *Traité des maladies des enfants*.

Varioloïde.

La varioloïde, appelée aussi variole mitigée, modifiée, tronquée, variole des vaccinés, varicelle pustuleuse, doit son nom à Thomson (d'Édimbourg). Cette expression, du reste, est mauvaise, car la varioloïde a plus que les apparences de la variole, elle en a tout à fait la nature; aussi aimerions-nous mieux, si nous ne voulions nous conformer à l'usage, employer la dénomination de variole tronquée. Ces deux termes nous suffisent, en effet, pour définir la varioloïde, qui n'est autre chose qu'une petite-vérole arrêtée brusquement dans sa marche, une petite-vérole tronquée.

Il est aisé de prouver l'identité de nature des deux maladies par les résultats des inoculations ou des transmissions médiates ; on peut, en effet, prendre indistinctement le pus de la variole ou de la varioloïde, et on obtiendra également une variole ou une varioloïde, suivant la prédisposition du sujet ; de même la petite-vérole peut transmettre la varioloïde par contagion médiate, et réciproquement. La ressemblance complète des symptômes dans les premiers temps des deux maladies est encore une preuve des rapports intimes qui les unissent. Si le mot varioloïde est nouveau, le fait est ancien ; Van Swiéten, Borsieri, parlent de varioloïde, et de leur temps déjà on en avait même observé des épidémies ; nous devons cependant ajouter que les cas de petite-vérole tronquée se sont considérablement multipliés depuis la découverte de la vaccine.

Étiologie. — La cause externe est la même pour la variole et la varioloïde : un seul virus produit les deux maladies. La cause interne est toute différente ; l'appétit du sujet est, en effet très-affaibli ; cette modification est due à l'action de la vaccine ou à l'existence d'une variole antécédente.

Symptomatologie. — La varioloïde ne présente que quatre périodes à étudier : il n'y a pas ici de suppuration, et la convalescence est si franche, si bénigne, qu'il devient inutile d'en faire une période particulière.

L'incubation est la même que pour la variole.

Les symptômes de l'invasion sont encore identiques ; on peut même, en dépit de la bénignité de la maladie,

observer des phénomènes d'une grande gravité : délire, convulsions, etc.

L'éruption commence le troisième ou le quatrième jour; elle peut être discrète ou confluyente; le plus souvent cependant les boutons sont disséminés. L'exanthème commence par la face et se généralise bien vite; il débute par une tache rouge celle-ci prend bientôt l'aspect d'une papule qui s'aplatit, s'ombilique vers le sixième jour; une vésicule se forme, contenant un liquide séreux qui se trouble vers le septième ou huitième jour. Jusque-là, on le voit, la marche de l'éruption est identique à celle de la variole; mais, à partir de ce moment, tout change: le bouton ne prend pas un plus grand développement, il ne s'entoure pas d'aréole rouge; les vésicules se séchent, se rident et sont remplacées par de petites saillies dures, cornées, qui se résolvent lentement et laissent à leur place des taches violacées.

Le derme n'a pas été entamé; aussi n'y a-t-il jamais de cicatrices, à moins qu'un bouton n'ait subi par hasard son entier développement. Dans la varioloïde, on n'observe ni la salivation ni l'odeur propre à la petite-vérole; la face ne présente que très-peu de gonflement; enfin, il n'y a jamais de fièvre secondaire, puisqu'il n'y a pas de suppuration.

Vers le onzième jour, tout est terminé; la convalescence s'établit immédiatement, n'est traversée par aucun obstacle. On le voit, la varioloïde est bien réellement une variole arrêtée, tronquée.

Complications.— Elles sont rares; tout au plus observe-t-on celles qui sont dues à l'influence de la constitution médicale.

Diagnostic. — Au début, on doit se laisser guider par les principes que nous avons exposés à propos de la variole : ne passe hâter de se prononcer, n'émettre que des présomptions qu'on affirmera d'autant plus que le malade aura été exposé à la contagion, qu'il régnera une épidémie de variole, que les symptômes principaux de la petite-vérole seront plus accentués. Dans tous les cas il sera impossible, d'après le seul examen du sujet, de savoir si l'on aura affaire à une variole ou à une varioloïde ; les anamnétiques seuls pourront nous éclairer : la varioloïde n'existe guère en effet que chez des individus vaccinés ou précédemment atteints de la variole ; il faut cependant savoir que quelques médecins, MM. Gendrin, Grisolles¹, en particulier, ont observé des cas de varioloïde primitive. Plus tard, le diagnostic ne présente plus de difficultés.

Pronostic. — Il est sans gravité, puisque la période la plus pénible, celle de suppuration, fait défaut.

Traitement. — Il présente deux indications : laisser agir la nature, combattre les légères complications inflammatoire, catarrhale, bilieuse, qui peuvent exister. On connaît les moyens de remplir ces indications.

Auteurs à consulter. — Thomson ; *An account on the varioloïd epidemie which has lately prevailed in Edinburg.* Londres, 1820. Bousquet ; *Traité de la vaccine et des éruptions varioleuses ou varioliformes.*

¹ Grisolles ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 95.

Varicelle.

La varicelle, petite-vérole volante, variolette, verrette, a été regardée par les uns, F. Bérard et Lavit¹, Requin², comme le dernier diminutif de l'intoxication variolique ; par les autres, M. Trousseau³ en particulier, comme une affection tout à fait distincte. Étudions d'abord la marche de la maladie ; nous nous prononcerons ensuite sur sa nature.

Étiologie. — Il existe une prédisposition interne qui n'est détruite, ni par la vaccine, ni par une atteinte antérieure de variole ; cette prédisposition est commune à presque tous les sujets ; il y a en outre un virus : la varicelle est en effet contagieuse, quoique à un moindre degré que la variole et la varioloïde.

Symptomatologie. — Après une incubation dont il est difficile de préciser la durée, les premiers symptômes apparaissent : c'est d'abord une fièvre dont les caractères se rapprochent beaucoup de ceux des affections catarrhales, accompagnée de céphalalgie, de malaise, quelquefois même de nausées et de vomissements ; il n'y a que très-rarement des douleurs lombaires. Après vingt-quatre ou trente-six heures, l'éruption paraît ; elle est toujours discrète, elle débute par des taches rouges ressemblant aux

¹ F. Bérard et Lavit ; *Essai sur les anomalies de la variole et de la varicelle*. Montpellier, 1828.

² Requin ; *loc. cit.*, tom. III, pag. 425.

³ Trousseau ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 130.

taches rosées de la fièvre typhoïde ; le lendemain, elles soulèvent l'épiderme, de manière à former des vésicules ou des bulles.

La fièvre cesse habituellement alors ; M. Trousseau l'a cependant vue reparaitre et produire une seconde éruption¹

L'exanthème peut, dans certains cas, devenir pustuleux, d'où les deux variétés décrites par les Anglais sous le nom de *chicken pox* et de *swine pox* (varicelle pustuleuse des auteurs français) ; ces pustules ne prennent pas ordinairement la forme ombiliquée du bouton varioleux ; quelquefois cependant on peut en trouver qui présentent la plus grande analogie avec l'éruption variolique. Deux ou trois jours suffisent à l'évolution de cet exanthème, des croûtes se forment, tombent rapidement ; la maladie a évolué dans l'espace de cinq, six ou huit jours. Il n'y a pas de convalescence ; le malade se rétablit immédiatement.

Diagnostic. — La brièveté, la bénignité de la période d'invasion distinguent à cette époque la varicelle de la varioloïde et la variole ; le diagnostic ne peut du reste être établi avec précision qu'au moment de l'éruption ; nous verrons plus loin en quoi l'exanthème de la varicelle diffère de l'eczéma ou du pemphigus aigu.

Pronostic. — Il ne présente aucune gravité.

Traitement. — Il consiste uniquement à surveiller la marche de la maladie ; quelques soins hygiéniques, une

¹ Trousseau ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 131.

diète modérée, le séjour au lit, quelques boissons émollientes, suffiront dans la plupart des cas.

Nature. — La varicelle est une fièvre éruptive, nul ne saurait le contester; mais la varicelle est-elle identique par sa nature à la variole? C'est là un point plus difficile à établir. Les uns répondent négativement, établissant leur opinion sur ce que les caractères des deux éruptions sont différents: sur ce que la varicelle se développe souvent chez les enfants nouvellement vaccinés; sur ce que les deux exanthèmes peuvent marcher simultanément (fait de M. Delpéch); sur ce que la varicelle, contrairement à la varioloïde, ne donne jamais la variole et ne peut en tenir lieu; sur ce que la varicelle peut régner isolément, tandis que la varioloïde ne règne jamais épidémiquement sans être accompagnée de cas de variole (Trousseau).

A cela, les partisans de l'identité peuvent répondre d'abord que le fait signalé par M. Trousseau n'est pas constamment vrai: en 1816, Bérard et Lavit observèrent à Montpellier une épidémie de variole qui avait été précédée par de nombreux cas de varicelle¹; les mêmes faits se sont reproduits lors de la dernière épidémie qui a ravagé la France² pendant l'hiver de 1870-71; on peut ajouter, comme preuve de l'identité de la variole et de la varicelle, que les deux maladies ont certains caractères qui les rapprochent, qu'on peut même voir au milieu des vésicules de la varicelle quelques pustules varioliques;

¹ F. Bérard et Lavit; *loc. cit.*

² Voir l'article publié par nous, sur ce sujet, dans le *Montpellier médical*. Janvier 1871.

enfin, que si la varicelle ne met pas à l'abri de la variole, c'est tout simplement parce que l'impression qu'elle produit est légère et n'est pas suffisante par conséquent pour détruire chez le sujet l'aptitude varioleuse. Malgré les objections présentées contre cette manière de voir, nous croyons donc qu'on peut considérer les deux maladies comme appartenant à la même famille pathologique.

Auteurs à consulter. — Bérard et Lavit; *Essai sur les anomalies de la variole et de la varicelle*. Delpech; *Histoire d'une épidémie de varicelle, et considérations sur la nature de cette maladie* (*Journal de médecine* de M. Trousseau, janvier et février 1840). Requin; *Pathologie médicale*.

Vaccine.

La vaccine est une maladie de la vache appelée *cow-pox*, transmise artificiellement à l'homme, et créant chez lui une immunité pour la petite-vérole.

Historique. — Avant la découverte de Jenner, on avait songé à préserver l'homme des atteintes si terribles de la variole, et dans ce but on avait pensé à l'inoculation directe de la maladie, qui pendant longtemps a constitué, en effet, le traitement préventif de la petite-vérole. L'inoculation ne pouvait avoir évidemment pour but d'empêcher le développement de la variole, puisqu'elle la transmettait; elle voulait simplement en atténuer les effets. La première idée de l'inoculation appartient-elle aux Chinois ou aux habitants de la Circassie? La question est difficile à juger; quoi qu'il en soit, il est certain que cette

pratique parvint vers la fin du xvii^e siècle à Constantinople ; qu'en 1718, lady Montaigu, femme de l'ambassadeur anglais, fit inoculer son fils ; qu'en 1722, sur l'invitation de leur compatriote, le Collège des chirurgiens de Londres fit inoculer avec succès six criminels condamnés à mort, et que dès ce moment la pratique de l'inoculation se répandit rapidement en Angleterre. Il n'en fut pas de même sur le continent, où elle ne parvint à s'établir qu'après de grandes contestations. En 1770, il n'y avait eu encore à Montpellier que six inoculations, et il fallut toute la verve de Voltaire pour répandre une institution qui pouvait cependant, à cette époque, rendre de si grands services. Il est inutile d'insister aujourd'hui sur la manière dont on pratiquait l'opération, sur ses conséquences habituelles ; ces questions n'ont plus pour nous qu'un intérêt historique, depuis que la vaccine a pris la place de l'inoculation.

M. le docteur Michéa a publié, dans l'*Union médicale* de 1847, un article tendant à prouver que la vaccine était connue et pratiquée dès la plus haute antiquité dans les Indes ; M. de Humboldt a revendiqué le même honneur pour les habitants du nouveau Monde ; enfin, on a voulu attribuer à un ministre protestant, Rabaut-Pommier, l'honneur de la découverte de la vaccine. Rabaut, dit-on, ayant, en 1761, eu l'idée de l'identité de la variole de la vache et de celle de l'homme, pensa qu'il serait bon d'inoculer à l'homme le pus de la picote des vaches ; il aurait fait part de cette opinion à un médecin anglais, qui l'aurait ensuite transmise à Jenner. Admettons que le fait soit exact ; il n'en est pas moins vrai que, sans les efforts persévérants du médecin anglais, l'idée de Rabaut serait

restée stérile, et que, par conséquent, toute la gloire de la découverte de la vaccine revient incontestablement à Jenner.

Jenner, qui pratiquait à Berkeley, petite ville du comté de Gloucester, ayant entendu dire que les gens occupés à traire les vaches n'étaient jamais atteints de variole, eut ainsi l'idée d'inoculer à l'homme le pus pris sur les mamelles des vaches ; il fit ensuite des expériences contradictoires, inocula aux mêmes sujets le pus varioleux, et vit que l'opération n'était suivie d'aucun effet ; après de longues études, il publia le résultat des ses recherches. La pratique de la vaccine fut vite popularisée en Angleterre ; elle fut importée en France par le duc de Larochehoucauld ; sous son inspiration, un comité se forma, qui appela l'Anglais Woodville ; celui-ci pratiqua un grand nombre de vaccinations. L'élan fut donné, et la découverte de Jenner se répandit ainsi, non sans contestation toutefois, en France et en Europe. Le nouveau Monde dut l'importation de la vaccine à Charles IV d'Espagne, qui envoya dans ce but un de ses médecins dans toutes les possessions de la couronne espagnole.

La question de l'efficacité de la vaccine est aujourd'hui jugée, en dépit des attaques sans cesse renouvelées de quelques hommes assez aveugles pour méconnaître les bienfaits de cette précieuse découverte. La rareté bien plus grande des épidémies, leur moindre intensité, le pouvoir que l'on a d'en arrêter la marche par les revaccinations, la proportion bien moins grande des varioles dans les pays où les revaccinations sont en usage, témoignent suffisamment de l'efficacité de la découverte de Jenner.

Origines du vaccin. — La vaccine est une maladie de la vache transmise à l'homme. Les bêtes à laine sont également sujettes à un exanthème qui a les plus grandes analogies avec la variole de l'homme ; cette affection, appelée claveau, clavelée, est caractérisée par des boutons qui se montrent aux arcs antérieurs et postérieurs, à la surface interne des avant-bras et des cuisses, autour de la bouche et des yeux. La marche, les complications et la terminaison de la maladie sont absolument les mêmes que celles de la variole de l'homme ; comme celle-ci, elle ne sévit qu'une fois sur le même individu et est éminemment contagieuse ¹

Le cow-pox est caractérisé par une éruption de boutons pustuleux déprimés à leur centre, qui apparaissent sur les trayons des vaches, et qui contiennent le virus vaccin. Y a-t-il identité entre le cow-pox, le claveau, les eaux aux jambes et la variole ? Nous aurons plus tard l'occasion de discuter cette question.

Le cow-pox n'est pas une affection aussi rare qu'on avait pu le craindre dans les premiers temps qui suivirent la découverte de Jenner ; depuis lors, on l'a retrouvé en 1812 à Berlin, en 1816 dans le duché de Brunswick, en 1836 à Passy, en 1845 dans le département d'Eure-et-Loir, et plus près de nous encore dans divers points de la France. Le cow-pox règne principalement au printemps ; il sévit plus particulièrement sur les petits troupeaux, chez les jeunes vaches qui viennent de mettre bas.

Le vaccin est contenu dans les pustules du cow-pox ; c'est un liquide clair, limpide, quelquefois un peu jau-

¹ *Dictionnaire de Nysten*, édit. Littré et Robin.

nâtre, légèrement visqueux, se desséchant promptement.

Manuel opératoire. — On peut vacciner de bras à bras ; on perce alors avec la lancette la pustule vaccinale, et on porte le liquide sur l'enfant que l'on veut vacciner ; si l'on n'a pas un enfant à sa disposition, on prend le vaccin sur la plaque, ou dans le tube capillaire dans lequel on le conserve ; s'il est déjà sec, on l'humecte avec une goutte d'eau, et on l'inocule : pour cela, on tend la peau du bras de l'enfant, et on introduit légèrement sous l'épiderme la lancette chargée de virus. L'opération se pratique à la partie externe du bras ; on a la précaution de faire trois piqûres, non pour augmenter l'immunité du sujet (l'action ne se mesure pas à la quantité de virus absorbée), mais pour avoir plus de certitude dans les résultats de l'opération, toutes les piqûres pouvant ne pas aboutir, et pour augmenter les sources du virus. M. Trousseau conseille de pratiquer l'opération sur les *nævi materni*, s'il en existe ; elle aura ainsi, dit-il, le double effet de vacciner l'enfant et de combattre son infirmité¹. L'absorption est très-prompte ; on a cherché à l'empêcher en appliquant des ventouses immédiatement après l'opération ; elle n'en a pas moins eu lieu.

Il faut vacciner le plus tôt possible ; tout au plus peut-on, après la naissance de l'enfant, attendre le temps nécessaire pour arriver aux saisons les plus favorables, c'est-à-dire au printemps et à l'automne.

Dans ces dernières années, on a voulu substituer à la vaccination, telle que nous venons de la décrire, la vaccination animale. M. Depaul s'est fait à l'Académie de mé-

¹ Trousseau ; *Clinique médicale*, tom. I, pag. 114.

decine le défenseur de cette nouvelle pratique, inspirée surtout par le but d'éviter la transmission des maladies contagieuses, particulièrement de la syphilis. Aidée par le haut patronage du directeur du service des vaccinations, cette nouvelle méthode se propagea rapidement, et à Paris il y eut, pendant l'épidémie de 1869-70, un véritable engouement pour elle. Toutefois, la vaccination animale est passible de bien des reproches. Tout d'abord, ainsi que le faisait remarquer M. Bousquet à l'Académie de médecine, il s'agit de s'entendre sur ce vaccin tant vanté de génisse ou de vache. Si l'on veut parler du véritable cow-pox, c'est-à-dire de l'éruption varioleuse née librement, spontanément sur la vache, il est impossible de ne pas reconnaître la supériorité de ce virus. Mais ce n'est pas ce qu'on veut dire. Le vaccin de génisse dont on parle n'est pas le cow-pox naturel ; c'est le vaccin d'une génisse vaccinée de la main de l'homme par art et par force, ce qui est bien différent. Du reste, une expérience plus complète a montré que la vaccination animale n'était pas douée de l'efficacité que quelques médecins lui avaient supposée : les succès par cette méthode étaient en effet bien plus fréquents que par la vaccination ordinaire ; nous citerons au hasard ceux de M. Constantin Paul, qui sur 13 inoculations n'en vit réussir qu'une ; ceux de MM. Moutard-Martin et Matice, qui sur 27 vaccinations eurent 24 succès, etc. Et ce qui prouve encore, d'une manière péremptoire à notre sens, l'infériorité de la vaccination animale, c'est qu'à Paris, pendant que les inoculations étaient ainsi pratiquées sur la plus grande échelle, l'épidémie poursuivait sa marche ; que, loin de ralentir ses atteintes, elle les multipliait. Dans notre Midi au contraire,

en présence des revaccinations nombreuses pratiquées par le vaccin humain, l'épidémie s'arrêta assez promptement ; nous pourrions même citer plusieurs villages qui furent complètement préservés par les revaccinations générales qui furent opérées. Jusqu'à preuves contraires, nous persisterons donc à vouloir vacciner suivant l'ancienne méthode, dont l'efficacité ne saurait être contestée, et dont les inconvénients pourront être facilement évités, si l'on apporte au choix du vaccin tout le soin désirable ¹.

Effets de l'inoculation. — Nous résumons comme il suit la description que M. Bousquet donne de la vaccine vraie² : « Le premier, le deuxième et le troisième jour de l'opération, on n'aperçoit rien ; du troisième au quatrième jour, un peu plus tôt en été, un peu plus tard en hiver, on constate sur chaque piqûre un point rouge plus sensible au toucher qu'à la vue, et en effet le doigt distingue très-nettement un petit engorgement ; le cinquième jour, ce bouton se prononce davantage, mais il est encore impossible de reconnaître sa nature. Au sixième jour, il prend des caractères spécifiques, il s'élargit, s'aplatit, se creuse légèrement au centre, et prend une teinte blanchâtre tirant un peu sur le bleu, laquelle joue le reflet de l'argent ou de la nacre. En même temps, la base se couvre d'un petit cercle rouge encore très-circonscrit, mais qui s'étend chaque jour davantage. Le septième et le huitième jour, mêmes symptômes avec un peu plus de développe-

¹ Voir la longue discussion qui a occupé l'Académie de médecine à différentes reprises, particulièrement pendant l'année 1866.

² Bousquet ; *Traité de la vaccine*, etc., pag. 171.

ment. La pustule, alors dans toute sa vigueur, se présente aussi avec tous les traits qui la distinguent : large d'une à deux lignes, d'un blanc légèrement azuré, entourée d'une aréole rouge et plus ou moins étendue, déprimée dans son centre et terminée par des bords durs, saillants, plus élevés que le reste de la surface. Le neuvième et le dixième jour, tout cet appareil de symptômes acquiert encore plus d'intensité, mais le changement le plus remarquable se passe dans l'aréole, dont la couleur plus vive, plus vermeille, disparaît plus difficilement à la pression du doigt et s'étend jusqu'à neuf ou dix lignes en tous sens. Les parties sous-jacentes sont engorgées, et cet engorgement est proportionné à l'intensité et à l'étendue de l'aréole. C'est aussi à cette époque que le vacciné éprouve de la démangeaison aux pustules, de la douleur avec une légère tuméfaction aux glandes axillaires ; assez souvent il survient une fièvre légère.

» Le onzième jour, le reflet argenté du bouton s'altère et se brunit ; l'aréole se rétrécit, pâlit et jaunit ; enfin, à dater du douzième ou du treizième jour, le bouton se dessèche et se transforme en une croûte dure, noirâtre, qui tombe du vingtième au vingt-cinquième jour en laissant à sa place une cicatrice indélébile et tellement caractéristique, qu'avec un peu d'habitude il est presque toujours facile d'en reconnaître l'origine. La cicatrice vaccinale est ronde, profonde, gaufrée, traversée de rayons et parsemée d'une foule de petits points noirs qui répondent sans doute aux cellules dont les boutons sont garnis à l'intérieur.

» Le bouton vaccinal a son siège dans le corps de la peau ; il est divisé en une foule de petites chambres ou

cellules bien séparées les unes des autres, et remplies par le liquide vaccinal. Les cellules ne communiquent pas ensemble; les cloisons se dirigent toutes de la circonférence au centre, où elles se réunissent et se confondent sous une bride commune, dont l'adhérence avec l'épiderme épaissi forme la dépression centrale. Plus tard, le pus se mêle au vaccin; toutes les digues sont rompues, et finalement la pustule s'abcède. »

La marche de la vaccine n'est pas toujours aussi régulière; quelquefois l'évolution est retardée, les pustules sont moins développées, l'aréole inflammatoire n'est pas aussi étendue; c'est aussi bien à la qualité du virus qu'aux dispositions spéciales du sujet, qu'il faut rapporter ces modifications.

On voit quelquefois des éruptions secondaires et générales se produire consécutivement au développement de la pustule d'insertion; la fièvre vaccinale, dans ces cas, peut fort bien être assimilée à la fièvre d'invasion qui précède l'éruption de la variole, et même on est en droit de se demander si l'on ne devrait pas, quand il n'y a pas d'exanthème secondaire, la considérer comme une fièvre sans éruption, assimilable aux *variola sine variolis*. M. Trousseau nie tout rapprochement entre ces éruptions et la vaccine, et les range parmi les exanthèmes qu'il appelle sudoraux; nous voulons bien admettre que l'on puisse interpréter ainsi quelques faits, mais il n'en est pas moins vrai qu'il existe dans certains cas des éruptions secondaires véritablement vaccinales. Au moment même où nous écrivons ces lignes, on nous apporte un enfant, âgé de dix-huit mois, présentant des boutons de vaccine disséminés sur toute la surface du corps.

Fausse vaccine. — L'inoculation du virus vaccini ne produit pas toujours les effets que nous venons de décrire; dans certains cas les pustules, qui se présentaient d'abord avec tous les caractères du bouton vaccinal, avortent brusquement vers le septième jour; d'autres fois même, l'éruption présente encore moins d'analogies avec celle de la vaccine vraie, elle est constituée par une pustule apparaissant le premier ou le deuxième jour, conique, n'offrant ni l'éclat argenté, ni la dépression centrale du bouton vaccinal; elle n'est pas enfin divisée en plusieurs compartiments. Quelques médecins, M. Requin entre autres, ont appelé la première de ces éruptions *vaccinoïde*, réservant le nom de *vaccinelle* pour la seconde. Aucune de ces deux éruptions n'a d'action préservatrice.

Traitement. — La vaccine ne demande aucun traitement; tout au plus appliquera-t-on quelques cataplasmes si les symptômes inflammatoires sont trop intenses, et soumettra-t-on l'enfant à une diète modérée si la fièvre se déclare.

A quelle époque la vaccine préserve-t-elle de la variole?
— M. Bousquet pense que la vaccine a acquis toute sa puissance dès le commencement de l'apparition des pustules¹; d'autres lui refusent toute action jusqu'au neuvième ou dixième jour, moment où survient le léger mouvement fébrile dont nous avons parlé; enfin, M. Steinbrenner croit que la préservation n'est complète que vers le quinzième ou le seizième jour. Les expériences faites

¹ Bousquet; *loc. cit.*, pag. 529.

par M. Bousquet nous paraissent juger la question : c'est au cinquième jour que la vaccine peut réellement préserver de la variole; c'est là également l'opinion de MM. Trousseau ¹, Rilliet et Barthez ², etc. A partir de ce moment, on peut en effet inoculer la variole ou la vaccine; l'opération est sans résultat. « Si, dans les premiers jours au contraire de la vaccination, dit M. Trousseau, l'économie se trouve sous l'influence du virus variolique, qu'elle l'ait reçu par contagion ou inoculation, vaccin et variole naissent et se développent simultanément sans s'influencer en aucune manière. Les expériences de Woodville ne laissent aucun doute à cet égard, et M. Bousquet rapporte que le professeur Leroux a vu un bouton de vaccine comme implanté au centre d'un bouton varioleux. Il inocula séparément les deux virus : le vaccin donna la vaccine avec tous ses avantages; le virus variolique communiqua la variole avec tous ses dangers³ »

A quelle époque peut-on prendre le virus vaccin dans le bouton vaccinal? — Dès que la pustule apparaît, elle contient du vaccin; cependant il n'a peut-être pas encore toute sa puissance; en outre, il est très-difficile en ce moment de le recueillir, aussi faut-il attendre le sixième ou le septième jour; plusieurs médecins renvoient même au huitième jour. Cette pratique est mauvaise, car déjà le virus commence à être mêlé au pus et à perdre une partie de son action. Le vaccin doit être recueilli chez un enfant vigoureux : les sujets dont la constitution est dé-

¹ Trousseau ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 111.

² Rilliet et Barthez ; *loc. cit.*, tom. III, pag. 116.

³ Trousseau ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 111.

bilité ne peuvent transmettre qu'un virus également appauvri.

Le vaccin peut-il transmettre la syphilis ? Il est impossible aujourd'hui de nier le fait : la science possède de nombreuses observations qui le mettent hors de doute ; nous citerons entre autres l'épidémie de Rivalta, de Crémone, observée par Cerioli (1821), les faits de M. Ceccaldi (1845), du vétérinaire allemand B... (1850), de M. Trousseau (1862), de M. Devergie (1863), et l'épidémie plus récente du Morbihan. Ce sont même ces faits qui, nous l'avons vu, avaient inspiré l'idée de la vaccination animale ; nous avons dit ce que nous pensions de cette méthode ; les inconvénients que l'on reprochait à la vaccination ordinaire pourront être évités par le choix scrupuleux du vaccinifère. La transmission se fait-elle par le virus ou seulement par l'intermédiaire du sang ? D'après les travaux de M. Viennois, la dernière opinion paraît plus probable ¹

Le vaccin craint la lumière, la chaleur ; il s'altère par le temps ; aussi, pour le conserver, le renferme-t-on dans des plaques de verre recouvertes de papier de plomb.

Quelle est la durée de l'action préservatrice du vaccin ?
Revaccination. — A l'origine, on élevait déjà des doutes sur la permanence de l'action du vaccin. Jenner, cependant, avait inoculé sans succès le virus varioleux à des sujets qui avaient eu le cow-pox, l'un vingt-trois ans, l'autre vingt-sept ans, le troisième cinquante ans auparavant (Trousseau) ; mais, depuis Jenner, le vaccin a évi-

¹ *Examen des opinions émises récemment par M. Ricord à l'Hôtel-Dieu de Paris. (Gazette des hôpitaux, nos 35, 38, 41, 48, 50, 51, 53. 1862.)*

vement dégénéré, ainsi que le prouvent les expériences de M. Bousquet; aussi sa puissance préservatrice est-elle promptement épuisée. Il a donc fallu songer à replacer le sujet sous l'influence du vaccin, à le revacciner. A quelle époque faut-il faire cette seconde opération ? Les uns l'ont conseillée à 10 ans, d'autres à 15, d'autres à 20 ou 25. Ainsi que le fait justement remarquer M. Trousseau, on ne peut, à cet égard, affirmer rien d'absolu : ayant revacciné trois enfants de sa fille, le professeur de Paris a vu la vaccine légitime se reproduire trois ans après une première vaccination, chez l'aînée âgée alors de moins de 7 ans, et chez le second âgé de 5 ans et demi ; tandis que chez le dernier, qui n'avait pas 4 ans, la vaccine n'a pas pris lorsqu'il tenta de la lui inoculer pour la seconde fois ¹. Nous croyons qu'il serait imprudent d'attendre plus de dix ans pour revacciner. L'utilité des revaccinations est aujourd'hui bien prouvée, et l'on s'étonne même qu'en 1838 l'Académie de médecine ait pu se prononcer contre cette pratique. L'expérience a démontré que dans les pays comme la Prusse, où les revaccinations sont depuis longtemps en usage, les petites-véroles sont bien moins fréquentes et bien moins meurtrières; les revaccinations sont du reste aujourd'hui adoptées pour l'armée française. Cette opération ne présente aucun danger : si à Toulouse on a observé, il y a quelques années, chez des soldats, certains accidents, en particulier des lymphangites, il faut en accuser plutôt le défaut de toutes précautions hygiéniques que l'opération elle-même.

On a aussi, pour parer aux inconvénients de la dégéné-

¹ Trousseau ; *loc. cit.*, pag. 121.

rescence du vaccin, cherché à le régénérer; nous avons dit ce qu'il fallait penser des résultats qu'on avait obtenus en portant le virus sur la vache. M. Trousseau a essayé de l'inoculer à des enfants très-robustes, et il lui a paru qu'après un certain nombre de générations le virus produisait de plus belles pustules, de même que les graines végétales produisent des espèces de plus en plus belles à mesure qu'on les confie à des terrains meilleurs. M. Trousseau reconnaît lui-même, du reste, que ses essais auraient besoin d'être généralisés¹. On peut donc dire que les expériences faites pour régénérer le vaccin n'ont pas encore amené de grands résultats; la seule ressource qui nous reste, c'est la revaccination.

Nature de la vaccine. — La vaccine peut évidemment être assimilée aux fièvres éruptives; elle présente, en effet, la même marche que l'inoculation variolique, avec laquelle elle a les plus grands rapports. D'un autre côté, le virus vaccin est spécifique, comme tous les virus, et par conséquent il nous est interdit de pénétrer sa nature intime. Tout n'est pas dit cependant quand on a établi ces deux faits, et une question bien digne d'intérêt se présente encore à nous. La vaccine est-elle d'une nature identique à celle de la variole, de la clavelée, des eaux aux jambes? et les différences qu'on constate dans les éruptions tiendraient-elles seulement à la diversité des espèces qui les présentent, au mode d'inoculation? Ou bien la vaccine serait-elle une maladie distincte quant au fond, et incompatible par sa nature avec la variole? L'Académie de médecine a

¹ Trousseau; *loc. cit.*, pag. 117.

récemment discuté cette question, qui doit à notre tour nous occuper.

A priori, l'esprit serait évidemment moins choqué par la première opinion : on concevrait facilement que la vaccine mît à l'abri de la petite vérole, si elle était elle-même une forme de cette espèce morbide ; tandis qu'il est plus difficile d'admettre entre les deux affections une incompatibilité à laquelle les études pathologiques ne nous ont guère habitués. Quelle est, en effet, l'affection qui a le privilège de mettre l'homme à l'abri d'un autre état morbide ? Seules, la vaccine et la variole pourraient constamment s'exclure. Mais nous devons, dans les sciences d'observation, nous garder de nous laisser guider par les vues de l'esprit ; examinons donc les faits.

Jenner regardait déjà le cow-pox comme identique à la maladie du cheval connue sous le nom de *grease*, eaux aux jambes. Sacco put inoculer le virus équin, non-seulement à des vaches, mais aussi à des enfants ; enfin, en 1856, M. Pichot, du département d'Eure-et-Loir, observa une véritable vaccine sur les mains d'un maréchal-ferrant qui avait dû, quelques jours auparavant, ferrer un cheval atteint d'eaux aux jambes. M. Pichot, M. Maunoury, produisirent une véritable vaccine chez des enfants auxquels ils inoculèrent le pus recueilli sur les boutons du malade. Ainsi donc, il ne peut y avoir aucun doute sur ce point : le *grease* et le cow-pox sont identiques, cette dernière maladie peut provenir de la première ; reconnaissons aussi toutefois que le plus souvent le cow-pox naît spontanément.

En 1860, M. Lafosse observa sur des chevaux, à Rieumes, près de Toulouse, une maladie pustuleuse par

l'inoculation de laquelle il put transmettre et le cow-pox à la vache et la vaccine à l'homme ; cette maladie coïncida avec une épidémie de petites-véroles. Il fut difficile à cette époque de s'entendre sur le caractère de cette maladie ; mais plus tard, au mois de mai 1863, un cheval fut amené à l'école d'Alfort pour une maladie qualifiée de stomatite aphteuse, et caractérisée, suivant M. Bouley, par la présence dans la bouche d'une multitude infinie de petites ampoules sans dépression. M. Bouley fit inoculer à une vache le liquide contenu dans ces vésicules, il obtint le cow-pox ; transmis à des enfants, à des élèves, le même virus produisit des pustules vaccinales. Plus tard, M. Bouley observa chez des chevaux des pustules cutanées coexistant avec les vésicules de la bouche. M. Depaul, après avoir minutieusement étudié le fait, fut convaincu que cette maladie n'était qu'une forme de la maladie pustuleuse du cheval (*horse-pox*), et il établit que le *grease*, les eaux aux jambes, la maladie de Rieumes et les faits d'Alfort étaient une seule et même maladie, identique à la variole de l'homme. Les symptômes généraux, la marche de l'éruption, étaient en effet les mêmes que dans la variole. Quant aux pustules, si elles présentaient quelques différences, on pouvait les expliquer disait M. Depaul, par la structure de la peau qui, garnie chez le cheval de poils très-serrés, ne se prêtait pas au développement complet de l'éruption. Comme conclusion générale, M. Depaul posait le principe de l'identité de la variole et de la vaccine. Tels sont les principaux faits de la discussion à laquelle l'Académie de médecine s'est livrée récemment ; nous omettons à dessein l'exposition de toutes les opinions personnelles qui ont pu être émises, et qui né

sont pas d'une utilité immédiate dans la question. Les points principaux sur lesquels a porté le débat sont les suivants : on a beaucoup insisté sur les différences des éruptions vaccinale et varioleuse, sur la bénignité de l'une et les dangers de l'autre, sur le caractère épidémique de la première et non épidémique de la seconde, sur la faculté qu'a la variole de produire un exanthème secondaire, alors que l'éruption vaccinale reste généralement limitée aux points d'insertion. Pour nous, comme pour M. Depaul, ces divergences dans les caractères des exanthèmes peuvent s'expliquer par le passage du virus sur des espèces différentes, et, du reste, elles ne nous paraissent pas aussi marquées qu'on a bien voulu le dire ; nous constatons en outre qu'elles ne détruisent en rien la valeur des expériences que nous avons rappelées, et qui prouvent l'identité du cow-pox, du horse-pox et de la vaccine, puisque ces maladies peuvent être produites les unes par les autres. On a beaucoup reproché à M. Depaul de n'avoir pas fait de contre-épreuve, de n'avoir pas inoculé le pus de la variole à la vache, pour voir s'il donnerait lieu à un véritable cow-pox. L'objection a certainement de la valeur ; mais ce que n'a pu faire M. Depaul, d'autres l'ont fait avant lui : le docteur Gassner (de Gunsburg), Thielé (de Cassan), Ritter (de Munich), Cely (d'Alesbury), ont inoculé avec succès le pus varioleux et ont obtenu le véritable cow-pox ¹

Il est vrai d'ajouter qu'à Lyon, une commission composée de plusieurs membres de la Société médicale de cette ville a tenté des expériences nombreuses, et qu'elle

¹ Trousseau ; *Clinique médicale*, tom. I, pag. 103.

n'a jamais pu réussir. Les inoculations n'ont pu déterminer que la formation de très-petites papules rougeâtres, jamais de vésico-pustules ; la sérosité de ces papules inoculée à des enfants non vaccinés a produit une éruption semblable à la variole, ce qui semblerait démontrer que la vache à qui on inocule la variole rend, non pas du vaccin, mais la variole telle qu'elle l'a reçue¹

Nous ne voulons en aucune manière méconnaître l'importance de ces faits ; cependant nous ne pouvons pas oublier que dans les phénomènes vitaux, et pour la contagion en particulier, on n'est jamais assuré de produire les résultats que l'on cherche ; que les conditions intérieures sont toujours là prêtes à modifier les résultats des expériences ; que peut-être dans d'autres conditions, en d'autres temps, en d'autres lieux, la commission Lyonnaise aurait mieux réussi dans ses essais ; nous ne pouvons pas non plus négliger les résultats obtenus par d'autres expérimentateurs, et, nous rappelant qu'en matière de contagion un fait positif a plus de valeur que les faits négatifs, nous n'hésitons pas à admettre encore l'identité de la variole, de la vaccine, du cow-pox, de la clavelée et du horse-pox ; nous reconnaissons toutefois que la démonstration n'est pas aussi complète qu'on pourrait le désirer.

Est-ce une raison pour conclure, comme on a voulu

¹ Voir l'important mémoire intitulé : *Vaccine et variole*. Nouvelle étude expérimentale sur la question de l'identité de ces deux affections ; étude faite au nom de la Société des sciences médicales de Lyon par une commission composée de MM. Boudet, Chauveau, Delore, Dupuis, Gailleton, Horand, Lortet, P. Meynet et Viennois ; rapport par MM. Chauveau, Viennois et Meynet. Paris, Asselin, 1865.

le faire, qu'il ne faut plus vacciner ; que cette opération si utile, si précieuse, doit être abandonnée et remplacée par l'inoculation variolique ? Si notre doctrine devait nous amener fatalement à une pratique semblable, nous n'hésiterions pas à l'abandonner immédiatement. Mais pourquoi reviendrait-on à l'inoculation ? Le virus vaccin, il est vrai, est semblable au virus varioleux ; mais il est aussi mitigé, adouci par son passage sur la vache, et inoculé à l'homme il ne présente plus les dangers du virus primitif. Les causes restent les mêmes, mais les manifestations changent à cause de la différence de nature des organismes.

Dangers prétendus de la vaccine. — Comme toute bonne institution, la vaccine a dû avoir ses détracteurs ; M. Henri Carnot, le premier, l'accusa de produire une plus grande mortalité chez les jeunes gens ; depuis, ces attaques se sont souvent répétées ; M. Verdé-Delisle les a résumées dans un livre intitulé : *De la dégénérescence physique et morale de l'espèce humaine par le vaccin.* « L'espèce humaine, dit-il, dégénère. Aux puissantes races des siècles passés a succédé une génération petite, maigre, chétive, chauve, myope, dont le caractère est triste, l'imagination chétive, l'esprit pauvre. La génération actuelle est en proie à des maladies nouvelles, et nombre d'anciennes sont devenues beaucoup plus fréquentes, plus graves, plus meurtrières. Les facultés intellectuelles ont subi les conséquences de cette désorganisation. Il y a un mal radical que personne ne voit, que personne ne veut voir. Remontons enfin à l'origine : la cause unique de ce désastre multiple, c'est le vaccin. » Quant aux maladies provoquées par la funeste

pratique de la vaccine, ce sont : la fièvre typhoïde, le croup, la phthisie, la scrofule, la paralysie, l'asthme, le catarrhe, la pleurésie, la pneumonie, les anévrysmes, la manie du suicide, etc. M. le professeur Anglada a déjà réfuté comme elles devaient l'être ces déplorables idées¹ S'il nous fallait à notre tour discuter sérieusement de semblables opinions, nous montrerions que toutes les maladies dont parle M. Verdé-Delisle, la fièvre typhoïde même, ont existé bien antérieurement à la vaccine ; qu'elles ne sont ni plus fréquentes ni plus meurtrières ; que notre position pathologique, en un mot, n'est pas plus mauvaise que celle de nos pères.

Quant à la dégénérescence intellectuelle, il n'est pas bien certain qu'elle existe, et, dans tous les cas, elle reconnaîtrait des causes multiples, sur lesquelles nous ne pouvons insister ici. La dégénérescence physique, qu'on ne peut mettre en doute, est le résultat de conditions diverses, parmi lesquelles nous pouvons citer : 1° les grandes guerres de la République et de l'Empire, qui, en moissonnant les hommes robustes, d'une taille élevée, n'ont laissé qu'à des êtres chétifs le soin de propager leur race ; 2° les mariages consanguins, dont on exagère peut-être aujourd'hui l'importance, mais dont on ne saurait nier la funeste influence ; 3° la syphilis, souvent méconnue à la faveur des travestissements qu'elle prend ; 4° enfin les progrès de la civilisation et de la médecine, qui permettent aux faibles de se développer, aux valétudinaires de propager leur existence. Les Spartiates soumettaient leurs enfants à un régime auquel les plus forts seuls pouvaient

¹ Anglada ; *De la prétendue dégénérescence physique et morale déterminée par le vaccin.*

résister ; aujourd'hui, au contraire, nous savons approprier les divers agents de l'hygiène à chaque tempérament, à chaque constitution ; mais très-souvent nos efforts ne sont couronnés que d'un demi-succès, et nous parvenons tout au plus à faire vivre des individus voués sans notre secours à une mort certaine ; la santé, la vigueur leur manquent complètement : quels descendants peut-on attendre d'êtres pareils ! La vaccine est donc bien innocente du délit qu'on lui reproche, et la science, comme l'humanité, doit être encore reconnaissante à Jenner de son admirable découverte.

Auteurs à consulter. — Bousquet ; *Traité de la vaccine.* Steinbrenner ; *Traité de la vaccine.* Trousseau ; *Clinique médicale.* *Bulletins de l'Académie de médecine pour la discussion sur la nature de la vaccine.*

Rougeole.

La rougeole, appelée aussi *morbilli* (petite peste) par Rhazès, *rubeola* par Sauvages, fièvre morbilleuse, *blaccia*, mot que l'on ne trouve que dans quelques vieilles traductions de livres arabes ; confondue par Morton avec la scarlatine, par Rhazès avec la variole, la rougeole est une fièvre éruptive caractérisée dans la période d'invasion par une affection catarrhale localisée principalement sur la conjonctive, la pituitaire et les voies respiratoires, et par une éruption de petites taches rouges, la plupart papuleuses, qui disparaissent ordinairement vers le huitième jour de la maladie par une desquamation furfuracée.

La rougeole est une maladie nouvelle ; elle paraît être contemporaine de la variole. Elle a été décrite par Rhazès ; plus tard, elle a été mieux étudiée par Sydenham, Morton, Rosen, Borsieri ; de nos jours, MM. Rayer, Rilliet et Barthez en ont donné d'excellentes descriptions.

Étiologie. — La rougeole atteint surtout les enfants, quels que soient leur tempérament, leur constitution ; elle se montre plus spécialement au printemps ; elle est enfin contagieuse, souvent épidémique. La rougeole conserve sa propriété contagieuse pendant tout le cours de la maladie, jusqu'à la terminaison complète de la desquamation. Le virus est halitueux ; quelques expériences de Home en 1758 et de Speranza en 1822, de Monro, de Looke, de Katona, citées par M. Grisolle, sembleraient prouver que la rougeole peut aussi être inoculée, soit par le sang recueilli par une incision sur les plaques rubéoleuses, soit par l'humeur lacrymale et la salive¹ ; la science n'a cependant pas encore dit son dernier mot sur ce point. La rougeole, comme toutes les fièvres éruptives, crée une immunité, mais non absolue, chez les sujets qu'elle a attaqués une première fois.

Symptomatologie — 1^o *Incubation.* — Cette période dure habituellement six ou sept jours, souvent bien davantage ; déjà vers la fin de ce stade existent des signes de catarrhe et en particulier de la toux, qui peuvent être considérés comme les prodromes de la maladie.

2^o *Invasion.* — Elle est caractérisée par une fièvre

¹ Grisolle ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 101.

ressemblant de tous points à la fièvre catarrhale que nous avons décrite plus haut : les symptômes généraux sont les mêmes, les déterminations locales sont identiques ; toutes les muqueuses respiratoires sont envahies par une légère hyperémie, que l'on peut parfaitement considérer comme le résultat d'une éruption interne, d'un *évanthème rubéoleux*. Dès que la congestion cutanée s'établira, l'hyperémie des muqueuses tendra à disparaître, témoignant ainsi de la relation que les faits physiologiques aussi bien que pathologiques démontrent exister entre les deux espèces de membranes. Il se passe dans ce cas, à l'état aigu, ce que nous voyons se produire à la suite de la répercussion de maladies cutanées chroniques : que de bronchites, que d'asthmes, que de bronchorrhées qui ne sont que le symptôme d'une affection herpétique, et qui cessent dès que la détermination cutanée reparaît. Revenons aux symptômes de la fièvre rubéolique. Il y a du larmoiement, du coryza, une toux généralement retentissante, à laquelle on a donné le nom particulier de *toux férine* ; cette toux peut du reste précéder de quelques jours l'apparition des premiers symptômes de la fièvre ; la langue est blanche, large ; il y a de l'inappétence, de la soif, presque toujours de la constipation ; le mouvement fébrile lui-même a tout à fait l'allure de celui que présentent les affections catarrhales ; il débute le soir, a chaque jour, au même moment de la journée, des exacerbations plus ou moins marquées ; chez les enfants dont le système nerveux est développé, il existe souvent aussi du délire ou des convulsions ; quelquefois de graves complications surgissent du côté des organes respiratoires ; nous les étudierons plus tard.

Cette période a une durée plus longue que dans les autres fièvres éruptives ; elle persiste pendant au moins trois jours, souvent pendant quatre ou cinq, quelquefois même sept ou huit. Borsieri avait remarqué que la longueur de l'incubation était d'un fâcheux augure ; Sydenham, dans l'épidémie de 1674, avait fait la même observation¹, et nous-même, dans l'épidémie dont nous avons donné la relation², avons constaté les mêmes résultats. Il faut savoir aussi que dans les cas les plus légers la fièvre peut passer inaperçue, ne pas même exister : que d'enfants en effet chez lesquels on ne constate l'existence de la rougeole qu'au moment de l'éruption !

3^o *Éruption.* — Elle débute par la face, elle est constituée par de petites taches rouges, légèrement élevées au-dessus de la peau, disparaissant par la pression et laissant presque toujours entre elles des intervalles de peau saine ; leur forme n'a rien de bien régulier. Quelquefois ces taches papuleuses se réunissent, de manière à former de larges plaques à la surface desquelles on sent des inégalités. Dans certains cas, on observe une proéminence plus grande des papules ; la rougeole est alors dite boutonée. L'éruption envahit dans l'espace de vingt-quatre heures toute la surface du corps.

Si la rougeole est simple, la fièvre cesse dès que l'éruption est complète ; cependant, comme les symptômes de catarrhe peuvent persister encore pendant cette période, le mouvement fébrile continue souvent avec eux.

¹ Sydenham ; *Médecine pratique*, tom. I, pag. 279.

² *Du catarrhe bronchique capillaire aigu dans ses rapports avec la rougeole.* (*Montpellier médical*, tom. III, pag. 97.)

Les yeux restent en effet larmoyants ; les paupières sont rouges, particulièrement vers leur bord libre ; les conjonctives sont injectées, les narines sont sèches et gonflées ; il y a de l'enchifrènement ; la toux persiste ; toutefois, bientôt tous ces phénomènes se calment, et au bout de quatre jours environ l'éruption a complètement disparu.

4° *Desquamation*. — Les taches pâlisent peu à peu ; elles peuvent disparaître ainsi sans desquamation ; le plus souvent cependant l'épiderme tombe en écailles, en lamelles furfuracées.

5° La *convalescence* est généralement longue, pénible ; les accidents que l'on a le plus à redouter sont ceux qui se passent du côté de la poitrine. Souvent, en effet, la toux persiste ; quelquefois elle s'accompagne d'une expectoration semblable aux crachats nummulaires, ronds, épais, blanchâtres de la phthisie ; enfin, si l'enfant est prédisposé, une tuberculisation pulmonaire pourra même survenir. Suivant MM. Rilliet et Barthez, la tuberculisation peut se déclarer sous deux formes différentes : « Dans le premier cas, l'enfant contracte la fièvre éruptive au milieu de la meilleure santé ; l'exanthème est normal ou anormal ; la fièvre cependant persiste intense et violente aussi bien que la toux. Loin de se terminer par guérison, la maladie augmente ; il survient des signes de pneumonie, ou ces signes manquent presque complètement, ou bien même l'enfant prend une apparence typhoïde ; il meurt au bout de quarante à cinquante jours, et l'autopsie démontre une tuberculisation le plus ordinairement générale, mais à forme aiguë. Dans le second cas, ce n'est que pendant la convalescence que la tuberculisation se déclare ; l'enfant maigrit, la toux persiste, la fièvre reparaît tous les soirs ;

l'enfant meurt avec tous les signes d'une phthisie pulmonaire confirmée¹ »

Dans la convalescence, on constate encore l'inflammation du bord libre des paupières avec ulcération et chute des cils, des engorgements ganglionnaires, quelquefois une diarrhée opiniâtre, plus rarement une anasarque avec albuminurie.

D'une autre part, la rougeole exerce une heureuse influence sur les maladies chroniques de la peau; c'est là un fait constaté par Alibert, M. Rayer, MM. Rilliet et Barthez, et par tous les dermatologistes; elle modifie aussi avantageusement des névroses diverses, chorée, incontinence d'urine, etc.

Variétés. — On admet des rougeoles sans catarrhe; ce sont les rougeoles les plus bénignes, dans lesquelles manquent les symptômes généraux. Nous avons déjà rappelé ces faits; toutefois, il faudra se garder de prendre pour une véritable rougeole une simple roséole, maladie dans laquelle, ainsi que nous le verrons, les phénomènes généraux sont toujours bien moins accentués. Dans d'autres circonstances, c'est l'éruption qui fait défaut; l'existence de rougeoles sans éruption a été démontrée par Sydenham; les observations de Guersant, Chomel, M. Rayer, MM. Rilliet et Barthez, etc., ont confirmé son opinion.

Enfin, on a cité des anomalies dans les caractères ou la marche de l'éruption : tel est le cas dont parle M. Réveillé-Parise d'une rougeole dont l'éruption était encore dans toute sa vigueur dix jours après son apparition².

¹ Rilliet et Barthez; *Traité des maladies des enfants*, tom. III, pag. 287

² Cité par Rilliet et Barthez; tom. III, pag. 249.

Complications. — Comme la variole, la rougeole peut être influencée par la constitution médicale régnante; c'est ainsi que les états bilieux, inflammatoire, ataxo-adyamique, etc., viennent souvent embarrasser sa marche. Dans ce dernier cas, indépendamment des symptômes qui caractérisent l'élément adynamique, la rougeole présente aussi des phénomènes particuliers : l'éruption prend une teinte livide, vineuse, noirâtre, ou présente dans l'intervalle des taches rubéoliques, de véritables pétéchies : ce sont les rougeoles noires; elles coïncident souvent avec des hémorrhagies internes ou externes. La diphthérie peut aussi se montrer, surtout chez les enfants. Nous citerons encore l'entérite ou le catarrhe des intestins, qui atteint environ le quart des enfants, les inflammations des divers organes sur lesquels se font les localisations catarrhales habituelles de la rougeole ; les plus fréquentes sont : la bronchite simple, la pneumonie, surtout la pneumonie lobulaire, et la pleurésie. La bronchite capillaire est une complication beaucoup plus rare, par suite moins étudiée; aussi nous y arrêterons-nous plus longtemps, renvoyant pour l'étude des autres maladies au Traité de MM. Rilliet et Barthez.

MM. Galet ¹, en 1829, à Montpellier ; Michel Lévy, en 1846, à Metz ²; Rilliet, en 1847, à Genève ³, et Trousseau, en 1859, à Paris ⁴, ont observé des épidémies de rougeole avec bronchite capillaire; généralement, dans ces cas, les accidents pulmonaires débutaient presque toujours après une disparition trop brusque de l'exanthème, de telle

¹ Galet ; Thèse de Montpellier - 1829.

² Michel Lévy ; *Gazette médicale*, nos 19, 20, 21. 1847.

³ Rilliet ; *Gazette médicale*, nos 2, 3, 6, 8. 1848.

⁴ Trousseau ; *Gazette des hôpitaux*, 11 janvier 1855.

sorte qu'on pouvait alors les attribuer à une métastase ; ou bien, l'éruption ne se faisant que très-mal, ils paraissaient, en quelque sorte, la suppléer. Nous avons observé une épidémie dont la relation se trouve dans le *Montpellier médical*¹, et dans laquelle la bronchite se déclarait dès la période d'invasion et augmentait d'intensité à mesure que la maladie avançait, l'éruption du reste se faisant régulièrement. Nous résumons ici nos observations. La maladie débutait en général le soir, par un frisson alternant avec des bouffées de chaleur ; bientôt apparaissaient une céphalalgie plus ou moins vive, du malaise, de la fatigue ; les symptômes de catarrhe, qui s'étaient déjà montrés dans la période prodromique, prenaient de l'accroissement ; chez la plupart des malades, nous avons en même temps observé une angine ; chez quelques-uns, il y avait aussi de la diarrhée dès le début, chez presque tous il y a eu des épistaxis. La toux, à cette période, était en général modérée, s'accompagnait d'une expectoration peu abondante, composée de matières muqueuses et séreuses ; il n'y avait encore point de gêne dans la respiration. La percussion permettait de constater la sonorité normale de la poitrine ; l'auscultation faisait percevoir à la partie postérieure des poumons des râles sonores mêlés à quelques râles sous-crépitants épars. La fièvre était en général modérée, le pouls peu fréquent, petit et dépressible. Ces symptômes, dans quelques circonstances rares, ont fait place à un appareil plus formidable : stupeur, chaleur intense, tendance de la langue à se sécher ; cette période durait en moyenne six jours. L'éruption ne présentait

¹ Castan ; *loc. cit.*

rien de particulier, seulement la fièvre n'avait point alors de rémission ; la toux faisait des progrès, l'expectoration était toujours peu abondante, la respiration devenait difficile et embarrassée, les râles sous-crépitaux étaient plus étendus. L'éruption ne durait que deux ou trois jours, elle disparaissait sans desquamation. Les symptômes qui s'étaient montrés du côté de la poitrine allaient toujours en croissant d'intensité. La respiration devenait de plus en plus pénible, les râles sous-crépitaux envahissaient tout le poumon, la sonorité était toujours conservée. La face, à cette période, était pâle et grippée ; le pouls devenait de plus en plus fréquent et dépressible. A la fin de la maladie, la dyspnée allait toujours en croissant, la respiration était très-accélérée ; les malades étaient obligés de se tenir continuellement assis sur leur lit, les bras arc-boutés, pour donner une plus grande énergie aux muscles inspireurs. La toux cependant était peu fréquente ; l'expectoration, toujours peu abondante, était composée de matières muqueuses puriformes ; la percussion faisait entendre une augmentation dans la sonorité ; par l'auscultation on percevait une respiration bronchique avec absence complète du murmure vésiculaire ; les râles sous-crépitaux persistaient en certains points, mais étaient beaucoup moins abondants. A cette période, l'anxiété était extrême, la peau se couvrait de sueurs visqueuses, la face se cyanosait, le malade s'agitait, cherchant partout de l'air ; le délire survenait chez quelques sujets, et enfin la mort mettait un terme à ces souffrances.

A l'autopsie, on trouvait un emphysème vésiculaire siégeant surtout dans les parties supérieures et antérieures du poumon ; à la base, on constatait une congestion san-

guine avec léger ramollissement du tissu pulmonaire ; une partie de l'organe prise en ce point surnageait toujours. Les bronches étaient dilatées dans toute leur étendue, même dans leurs dernières ramifications ; elles contenaient toutes des matières muqueuses puriformes qui oblitéraient complètement les petites bronches, mais qui existaient en moins grande quantité dans les premières divisions. La muqueuse présentait une rougeur dont les caractères étaient variables : c'était, dans certains cas, une coloration vive et uniforme ; dans d'autres circonstances, on constatait plutôt des ecchymoses violacées, séparées par des portions de muqueuse d'un rouge plus vif. Nous avons donc là tous les signes de la bronchite capillaire, qui constitue sans contredit la plus grave de toutes les complications thoraciques.

La rougeole peut coexister avec la variole ou la scarlatine. « Il résulte de toutes les observations recueillies par M. Villemin dans sa thèse (Paris, 1847, n° 102), que si la variole se déclare la première, cette éruption suspend momentanément sa marche, tandis que la rougeole suit son cours ordinaire. Si c'est celle-ci qui apparaît la première, M. Villemin établit que les deux éruptions suivent alors leur cours sans se modifier. Enfin, la variole et la rougeole se déclarent-elles en même temps, il paraît que les deux éruptions se développent simultanément et d'une manière régulière. Si c'est la scarlatine qui complique la rougeole, parfois elles se développent simultanément sans se troubler, ou bien elles se modifient réciproquement, la durée de chacune est abrégée. Enfin, dans les cas plus fréquents peut-être où elles se succèdent immédiatement, on n'observe aucune modification des deux

maladies l'une par l'autre¹.» De cette confusion des exanthèmes et de leurs symptômes généraux résulte toujours un très-grand embarras pour le diagnostic.

Diagnostic. — Il est impossible de distinguer dans la période d'invasion une rougeole d'une fièvre catarrhale, si l'on n'a pas recours à l'étiologie, à l'âge du malade, à ses rapports avec un sujet rubéoleux ; si l'on observe en temps d'épidémie, et que le malade n'ait jamais été atteint par la rougeole, on aura de fortes raisons de croire à l'existence de cette fièvre éruptive. Une fois l'éruption déclarée, le doute n'est plus possible : nous verrons, en effet, que la roséole et la scarlatine ont des caractères tout différents.

Pronostic. — La rougeole en elle-même est une maladie peu sérieuse ; il faut seulement surveiller avec soin la convalescence, pendant laquelle, pour peu que les enfants y soient prédisposés, peut se déclarer une tuberculisation. Les complications, soit générales, soit locales, et parmi celles-ci la bronchite capillaire spécialement, aggravent beaucoup le pronostic.

Traitement. — Comme dans la variole, nous avons trois indications à poser : la première nous est fournie par la maladie elle-même, la seconde par ses complications, la troisième par la prédominance de quelques-uns de ses symptômes.

1° La rougeole dénuée de toute complication ne de-

¹ Cité par Grisolle, tom. I, pag. 100 et 107.

mande qu'à être surveillée, à être traitée d'après les principes de la méthode naturelle.

2° Tout ce que nous avons dit du traitement des complications de la variole peut ici trouver sa place ; il faut combattre par les mêmes moyens les états généraux inflammatoire, bilieux, ataxo-adyamique, etc., qui entravent la marche de la maladie et de l'éruption ; les localisations inflammatoires seront traitées par des médications différentes, suivant l'affection générale qui les aura produites : une pneumonie inflammatoire réclamera surtout les antiphlogistiques, une pneumonie catarrhale demandera au contraire les évacuants, les vésicatoires, etc. ; dans la bronchite capillaire, nous avons vu employer avec succès, par M. le professeur Dupré, les vomitifs, les expectorants (infusion d'ipécacuanha, kermès, etc.) et les vésicatoires *loco dolenti* ; les saignées rendront dans les mêmes cas de très-grands services. Contre la diarrhée on fera usage des opiacés ou des astringents.

3° Le symptôme qui importune le plus le malade dans la rougeole est la toux ; on la combattra par les opiacés et les révulsifs.

Enfin, la convalescence sera surveillée avec la plus scrupuleuse attention ; on cherchera surtout à éviter les intempéries extérieures, de manière à empêcher les déterminations sur la poitrine, si fréquentes à cette période de la maladie ; et si des symptômes de bronchite ou de tuberculisation apparaissaient, on les traiterait immédiatement avec vigueur.

Auteurs à consulter. — Sydenham ; *Médecine pratique*. Borsieri ; *Instituts de médecine pratique*. Rayet ; *Traité des*

maladies de la peau. Rilliet et Barthez ; *Traité des maladies des enfants.*

Roséole.

La roséole, *roseola*, *rubeola*, *essera vogelii* (Borsieri), est une fièvre éruptive caractérisée par des taches rosées n'ayant qu'une durée éphémère.

Étiologie. — Elle est à peu près inconnue ; tout ce qu'on peut dire, c'est que la roséole se montre chez les enfants au printemps, à l'époque de la dentition ; qu'elle paraît être également contagieuse, mais à un bien moindre degré que la rougeole ou la scarlatine.

Symptomatologie. — Généralement, la scène s'ouvre par l'apparition de symptômes généraux : fièvre légère, malaise, inappétence, céphalalgie, très-souvent angine peu intense ; le lendemain ou le surlendemain apparaissent des taches rosées, non proéminentes, plus pâles que celles de la rougeole, et donnant quelquefois lieu à des démangeaisons assez vives ; cette éruption couvre tout le corps, laissant entre les taches des intervalles de peau saine. Elle dure vingt-quatre, quarante-huit heures au plus, et disparaît insensiblement, sans desquamation.

Diagnostic. — Il est facile de distinguer la roséole de la rougeole : la bénignité de la maladie, la brièveté de la fièvre d'invasion, l'absence de larmolement, de coryza, de toux, le peu de durée de l'éruption, suffisent pour nous éclairer. Nous verrons bientôt que la scarlatine a également des signes qui la distinguent très-bien de la roséole.

Pronostic. — La roséole est une maladie très-bénigne ; elle ne présente jamais de complications qui puissent aggraver son pronostic.

Traitement. — Laisser agir la nature, telle est la seule indication que nous présente la roséole, et qu'on remplit par le séjour au lit, la diète, quelques boissons émollientes, etc.

Nature. — La roséole doit être rangée parmi les fièvres éruptives, dont elle possède tous les caractères. Faut-il l'assimiler à la rougeole, comme bien des médecins l'ont voulu ; ou doit-on, avec Hufeland¹, la regarder comme une variété de la scarlatine ? La roséole possède des caractères spéciaux qui ne permettent de la confondre ni avec l'une ni avec l'autre de ces maladies ; on ne peut cependant nier les rapports qui l'unissent à ces deux exanthèmes, et plus spécialement encore à la scarlatine, dont elle présente un des caractères les plus importants, l'angine.

A côté de cette roséole dont nous venons de parler, et qui constitue une véritable fièvre éruptive, il existe une autre roséole qui n'a de cette maladie que la forme, qui se présente comme épiphénomène dans le cours d'autres affections morbides ; on l'observe quelquefois à la suite de la vaccination, dans les lymphangites, dans les diathèses rhumatismale, goutteuse, etc. ; on la voit marquer le début de la période secondaire de la syphilis. Il est difficile de saisir les conditions qui président au développement de cet exanthème ; dans certains cas, mais non constamment, comme le voudrait M. Trousseau, on peut le

¹ Hufeland ; *Manuel de médecine pratique*, trad. Jourdan, pag. 426. Paris, 1848.

considérer comme produit par des transpirations abondantes, et rentrant alors dans la classe des exanthèmes sudoraux¹ Cette roséole n'est du reste le sujet d'aucune indication thérapeutique, elle n'a de valeur qu'en tant qu'elle témoigne de l'existence de l'état général qui lui a donné naissance.

Scarlatine.

La scarlatine (mot évidemment dérivé de l'italien *scarlatta* ou *scarlattino*, écarlate) est la même maladie qui a été décrite sous les noms de *morbilli confluentes*, *febris anginosa*, *fièvre rouge* ; le *garrottillo*, angine gangréneuse des Espagnols, n'était aussi probablement qu'une scarlatine méconnue.

La scarlatine est encore une maladie nouvelle, plus récente même que la variole et la rougeole ; les premières descriptions ne remontent qu'au xvi^e siècle ; on les trouve dans les écrits d'Ingrassias et de Baillou ; depuis lors, la scarlatine a bien souvent régné d'une manière épidémique. Confondue longtemps avec la rougeole, même par Morton, elle a été bien décrite par Sydenham, Rosen, et de nos jours par MM. Rayet, Trousseau, etc.

On peut définir la scarlatine : une fièvre éruptive caractérisée par un exanthème habituellement érythémateux, et par une angine pouvant affecter une gravité plus ou moins grande.

Étiologie. — Les causes sont à peu près les mêmes que

¹ Trousseau ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 267.

celles de toutes les fièvres éruptives; la seule différence repose sur la spécificité du virus de chaque exanthème. Nous trouvons donc encore ici une prédisposition innée, cependant moins générale que pour la variole ou la rougeole : un grand nombre de sujets, en effet, sont à l'abri de la scarlatine. Cet exanthème, comme les précédents, attaque surtout les enfants, quoiqu'on puisse souvent aussi l'observer chez les adultes. Est-il, à cette période de la vie, plus commun chez les femmes, ainsi qu'on l'a prétendu ? C'est ce que nous ne saurions encore dire. Quant aux saisons, c'est principalement au printemps et en automne que la scarlatine se montre.

La scarlatine est contagieuse et possède longtemps cette propriété; des précautions doivent être prises au moins jusqu'à la fin de la desquamation. Stoll croyait qu'on pouvait inoculer directement la maladie par les squames ou par le sang; l'observation ultérieure n'a pas confirmé cette manière de voir. Enfin, d'une manière générale, l'immunité est acquise à tout sujet déjà atteint de scarlatine; d'après MM. Rilliet et Barthez, elle existerait même primitivement chez les enfants tuberculeux ¹

Symptomatologie. — 1° L'*incubation* est plus courte que dans la variole ou dans la rougeole; trois à quatre jours paraissent suffire.

2° *Invasion.* — La scarlatine débute par un frisson assez violent, suivi d'une fièvre qui revêt la plupart des caractères de la fièvre catarrhale; les symptômes sont ici plus accentués que dans les autres fièvres éruptives; le

¹ Rilliet et Barthez; *loc. cit.*, tom. III, pag. 197.

mouvement fébrile est plus intense ; il y a du malaise, une anxiété extrême; la céphalalgie est plus marquée; très-souvent il y a des épistaxis, des nausées, des vomissements, de la diarrhée; les accidents nerveux, délire, convulsions, sont également plus fréquents ; enfin , le symptôme principal de cette période est l'angine. Le malade ressent une douleur très-vive pendant la déglutition, symptôme sur lequel il appelle en premier lieu l'attention du médecin ; en examinant l'arrière-gorge, on voit sur les amygdales, le pharynx, la luette, une rougeur généralement très-vive, accompagnée presque toujours, ainsi que nous le verrons, de productions pultacées, souvent même de plaques diphthéritiques. Cette période est presque toujours très-courte; elle ne dure guère que 24, 36 ou 48 heures, quelquefois beaucoup moins; M. Trousseau prétend même qu'elle peut manquer ¹

3^o *Éruption*. — Elle débute indistinctement par la face, le tronc ou les membres; elle est d'abord caractérisée par de petites taches érythémateuses, non saillantes, qui finissent par se réunir et par donner à la peau une teinte écarlate uniforme, plus rouge dans les parties où l'épiderme a moins d'épaisseur; quelquefois cependant, à des intervalles irréguliers, existent des points de la peau non envahis par l'éruption. M. Bouchut ajoute à ces phénomènes un caractère qu'il considère comme très-important : c'est « la disparition passagère et momentanée, pendant une minute ou deux, de l'exanthème scarlatineux par la friction de la peau ² » Nous craignons fort que M. Bouchut

¹ Trousseau ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 5.

² *Gazette des hôpitaux*, 17 janvier 1862.

n'ait exagéré la valeur d'un symptôme que nous avons rencontré bien des fois dans d'autres exanthèmes. L'éruption est le siège de picotements assez vifs; la face se tuméfie, surtout aux paupières, où le tissu cellulaire est plus lâche; les pieds et les mains se gonflent à leur tour. Des sudamina couvrent certains points de la surface du corps, spécialement le cou et la poitrine.

L'éruption se présente dans certains cas sous un aspect tout différent : au lieu de larges plaques, ce sont de petits points très-rouges, très-fins, très-rapprochés les uns des autres, très-réguliers ; cette disposition, d'après M. Trousseau, serait même constante : l'examen à la loupe permettrait toujours de la reconnaître si la vue ou le toucher étaient impuissants ¹

L'éruption ne se borne pas à envahir le tégument externe ; il existe encore sur la langue un véritable exanthème ; plus ou moins chargée les premiers jours, comme dans toutes les pyrexies, la langue devient, au moment de l'éruption, d'un rouge écarlate et se dépouille plus tard de son épithélium. L'exanthème envahit toute la muqueuse buccale.

La fièvre ne diminue que lorsque l'éruption est complètement terminée, et encore souvent est-elle entretenue par quelque complication ou par la persistance de l'angine. La peau, à cause du travail particulier qui s'y produit, est toujours le siège d'une chaleur âcre et sèche. Cette période dure trois ou quatre jours.

Les faits de scarlatine sans éruption sont encore plus communs que pour la variole ou la rougeole ; il est facile

¹ Trousseau ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 9.

de les reconnaître, en temps d'épidémie, d'après la similitude de tous les symptômes.

4° *Desquamation*. — Elle se fait en général par squames très-larges ; aux doigts, par exemple, on voit l'épiderme se crevasser, devenir rugueux et se détacher sous la forme d'un doigt de gant. Dans certains cas cependant, nous l'avons vu tomber en écailles furfuracées, comme dans la rougeole ; et ce qui nous frappait le plus, c'est qu'à la même époque les rougeoles ne présentaient point de desquamation ; l'éruption pâlisait peu à peu et disparaissait ainsi. La desquamation se fait très-lentement ; quinze jours, trois semaines après le début, les malades ne sont pas encore complètement débarrassés.

Complications. — Avant d'étudier la convalescence de la scarlatine, qui prêtera à des développements plus étendus, nous devons faire connaître les complications qui surgissent pendant le cours de la maladie. Nous trouvons toujours d'abord ces états généraux : inflammatoire, bilieux, ataxo-adynamique, etc., que nous avons signalés dans les autres fièvres éruptives.

Dans le cas d'ataxo-adynamie, on voit apparaître la stupeur, le délire, la sécheresse de la langue, la petitesse du pouls ; l'éruption devient terne, livide, parsemée de pétéchies ; cette complication est plus fréquente dans la scarlatine que dans les autres pyrexies exanthémateuses ; c'est à cette forme qu'il faut rattacher l'épidémie, observée par Morton, de scarlatine maligne et pestilentielle, avec parotides, bubons et ulcérations dans la bouche. C'est encore dans les scarlatines malignes que se déclarent des hémorrhagies passives, soit internes, soit externes.

Chez les enfants, on observe souvent au début des convulsions qui sont loin de présenter à cette époque la gravité qu'elles affectent plus tard, quand elles existent concurremment avec l'anasarque, et qu'elles peuvent alors être rapportées à l'état pathologique mal connu encore et désigné sous le nom d'urémie.

Le rhumatisme est encore une des complications les plus fréquemment observées dans le cours de la scarlatine. Il est toutefois mal dessiné, n'affecte que quelques articulations, particulièrement celles des mains, et n'est pas ordinairement très-douloureux.

L'angine scarlatineuse prend souvent le caractère diphthéritique. Déjà Huxham, De Haën, Navière, en 1751, avaient constaté la gravité de l'angine scarlatineuse, dans laquelle ils avaient vu se produire des eschares gangréneuses. Depuis les travaux de Bretonneau, de M. Trousseau, ces faits ont été mieux étudiés et rapportés à leur véritable cause. La diphthérie est une affection générale, caractérisée par la production de fausses membranes jaunâtres ou grisâtres, plus souvent d'un blanc mat, très-résistantes, adhérant solidement à la muqueuse, disposées par couches stratifiées. Les plaques diphthéritiques sont composées de fibrine quelquefois entremêlée de détritux épithéliaux et de quelques globules de pus ou de sang ; elles peuvent, par suite de l'imbibition de la matière séreuse qui les pénètre, se ramollir, se putréfier, s'altérer ; elles exhalent alors une odeur fétide et prennent l'aspect sphacélique. Nous n'avons pas besoin d'insister sur la gravité de cette complication : quoique généralement elle n'envahisse pas le larynx, l'angine diphthéritique peut occasionner la mort du sujet, par les troubles généraux qu'elle

suscite, par les désordres locaux qu'elle produit ; la diphthérie, en effet, a une nature foncièrement adynamique, très-souvent aussi elle amène des paralysies consécutives, qui possèdent des caractères tout à fait spéciaux et qui sont très-difficiles à guérir.

Il ne faut pas confondre avec la diphthérie les productions pultacées, qui en diffèrent par leur aspect crémeux, leur faible consistance, leur peu d'adhérence ; il suffit de les froter légèrement pour les réduire immédiatement en une espèce de bouillie ; ces productions sont très-communes et ne présentent aucune gravité.

Citons encore, parmi les complications possibles, mais très-rares, de la scarlatine, les exanthèmes varioleux et rubéoleux. Nous avons déjà dit comment la scarlatine se comportait à l'égard de la rougeole ; quand elle coexiste avec la variole, les deux éruptions marchent simultanément. L'érysipèle, l'urticaire, peuvent encore se montrer dans le cours de la scarlatine ; les phlegmasies viscérales y sont beaucoup plus rares ; enfin, quand l'angine prend une prédominance exagérée, on observe un engorgement très-marqué des ganglions du cou, engorgement tel qu'on lui a donné le nom de bubon scarlatineux.

5°. *Convalescence.* — Des accidents nerveux très-graves, d'après M. Trousseau, peuvent se montrer dans le cours de la maladie : « Un individu, dit-il, est guéri de la scarlatine, il est en convalescence ; vous n'avez plus aucune inquiétude, lorsque tout à coup des vomissements surviennent ; avec ces vomissements, du délire, une épouvantable agitation, une grande fréquence du pouls, et le malade succombe dans le coma ou dans des phénomènes convul-

sifs. Cependant il n'y avait pas d'anasarque, pas d'albuminurie, pas d'hématurie, rien qui pût faire prévoir de pareils désordres. Ces accidents se montrent chez les adultes comme chez les enfants ¹. » Nous n'avons encore pas heureusement assisté à pareil spectacle, qui doit être par conséquent assez rare ; sont-ce là des cas d'urémie aiguë, comme le veulent quelques auteurs ? Nous n'oserions encore nous prononcer d'une manière définitive sur ce point.

Les accidents suivent habituellement une marche toute différente ; c'est par l'anasarque, par l'albuminurie qu'ils débent dans l'immense majorité des cas.

Très-souvent, une impression de froid est l'occasion du développement de la maladie, mais fréquemment aussi on ne constate aucune cause occasionnelle apparente. L'anasarque débent habituellement par la face, envahit consécutivement les pieds les mains et toute la surface du corps ; des épanchements se font dans les cavités des séreuses, spécialement dans le péritoine ; l'œdème peut aussi envahir les poumons, la glotte, etc. En même temps l'urine devient souvent sanguinolente une véritable hématurie se produit même parfois ; l'urine, enfin, contient de l'albumine ; examinée au microscope, elle présente les cylindres caractéristiques, signe de la desquamation épithéliale qui s'opère dans les reins. L'anasarque peut affecter une marche aiguë ; le plus souvent elle est chronique. Presque toujours curable, dans certains cas cependant elle emporte le malade à la suite de délire, de convulsions, de coma, etc., accidents que l'on voit

¹ Trousseau ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 19.

survenir souvent dans la dernière période de l'albuminurie, quelle que soit son origine, et que l'on a rapportés à l'excès d'urée dans le sang, à l'urémie, quoique cette explication soit encore loin d'être parfaitement établie. Quelquefois, les malades meurent par suite d'une autre complication : hydrothorax, œdème du poulmon, pneumonie, etc.; à l'autopsie, on trouve quelque une des altérations de la maladie de Bright.

Quel est le rapport que l'on peut établir entre ces trois faits : albuminurie, hydropisie et lésion rénale ? Telle est la question que nous devons maintenant examiner.

On sait ce que c'est que l'albuminurie : c'est la présence de l'albumine dans les urines, reconnue au moyen de la chaleur ou de l'acide nitrique. L'albuminurie s'observe dans un grand nombre d'états pathologiques ou physiologiques, dans la fièvre typhoïde, dans le choléra, dans la scarlatine, dans les maladies du cœur, dans la grossesse, etc. On la rencontre souvent dans certaines hydropisies accompagnées de lésions rénales ; elle constitue alors la maladie de Bright.

Bright est en effet le premier qui ait constaté le rapport qui unit ces trois faits. « Nul ne peut contester, dit M. Rayer, que si les anciens n'ont point ignoré que l'hydropisie pouvait avoir sa source dans une altération des reins ou de la sécrétion urinaire ; que si les Arabes ont encore plus nettement saisi les rapports de certaines hydropisies avec des lésions des reins et une urine ténue ; que si, depuis la Renaissance, quelques faits épars, isolés, sans lien, sont venus témoigner de ces rapports, nul ne contestera que ces faits étaient restés dans l'ombre, malgré les véhémentes déclamations de Van Helmont, lors-

que les expériences de Cotugno et de Cruiskank sur la coagulabilité de l'urine dans certaines hydropisies, expériences fécondées et introduites dans le domaine de l'art par les recherches de Wells et de Blackall, ont enfin amené la belle découverte du docteur Bright, de lésions rénales produisant l'hydropisie avec urines coagulables¹. »

D'après M. Jaccoud, le premier travail de Bright avait pour but, « non point d'établir une entité morbide nouvelle, ou de rapporter à une lésion organique du rein la principale part d'action dans la production des phénomènes, mais simplement d'appeler l'attention sur une hydropisie indépendante de toute lésion hépatique ou vasculaire, s'accompagnant d'urines coagulables, et reconnaissant pour cause l'abus des alcooliques, le froid ou un état cachectique² » Nous aimons mieux cette interprétation de l'œuvre de Bright. Depuis le travail du médecin anglais, bien des mémoires ont été publiés sur la matière; M. Jaccoud en a fait une savante étude dans sa thèse inaugurale, nous lui emprunterons la plupart des détails historiques qui vont suivre.

Deux ans après Bright, Christison publia une série de cas d'après lesquels, s'éloignant de son prédécesseur, il regardait la lésion rénale comme la cause de l'hydropisie et des autres symptômes. Gregory fit à son tour connaître trente-quatre cas de guérison, et admit que l'urine pouvait devenir albumineuse sans lésion rénale; ni l'un ni l'autre ne voulaient du reste séparer l'albuminurie transitoire et l'état chronique de Bright. Spittal fut

¹ Rayet; *Traité des maladies des reins*.

² Jaccoud; *Des conditions pathogéniques de l'albuminurie*, pag. 7. Paris, 1861.

le premier à établir cette distinction, contre laquelle protestèrent Hamilton et Bright lui-même. La scission éclata mieux dans l'école de M. Rayet. Pour M. Désir, l'albuminurie est un phénomène commun à plusieurs maladies; tantôt elle est transitoire, tantôt elle existe d'une manière plus constante; c'est là seulement la maladie de Bright, dont le siège est dans les reins. En 1838, Martin Solon crée le mot albuminurie et tend à confondre tous les cas dans lesquels se montre ce symptôme; il établit cinq degrés dans l'altération rénale : congestion, texture granulée, exhalation d'une matière albumineuse dans l'interstice des tissus, dégénérescence complète atrophie. En 1840 paraît l'ouvrage de M. Rayet, dont nous avons indiqué l'esprit, et dans lequel on trouve parfaitement étudiés les rapports de l'albuminurie avec les autres états pathologiques ou physiologiques : scarlatine, diphthérie, grossesse, etc. M. Rayet reconnaît six degrés à l'altération rénale. Ainsi, après M. Rayet, on admettait deux espèces d'albuminurie : l'une transitoire, fait commun à un très-grand nombre d'états morbides; l'autre chronique, constituant seule une espèce pathologique.

Cependant, dès 1837 avait commencé la période micrographique, qui devait éclairer la question d'un jour tout nouveau. En 1842, Henle découvre dans l'urine la présence de longs cylindres du diamètre des canalicules rénaux; Heller montre que ces cylindres sont formés par l'épithélium des tubuli; en Angleterre, Stokes, Corrigan, William, confirment ces observations, en même temps qu'ils discutent la nature de la lésion, et se demandent si elle est constituée par une inflammation, une dégénérescence graisseuse, une lésion analogue à la cirrhose du

foie. Frerichs résume enfin toutes ces données, et montre l'identité de tous les cas dans lesquels se présente l'albuminurie; les différences qu'ils présentent sont, pour lui, des différences, non de nature, mais seulement de degré. Frerichs décrit trois degrés dans l'altération rénale :

1° Stade d'hyperémie et d'exsudation commençante;

2° Stade d'exsudation et de transformation commençante de l'exsudat ;

3° Stade de formation régressive, d'atrophie. Chaque forme de l'albuminurie correspond à un de ces trois stades de l'altération, de telle sorte, dit M. Jaccoud, qu'on peut établir les trois équations suivantes :

Albuminurie passagère, congestion rénale et chute de l'épithélium.

Maladie de Bright aiguë, exsudation et ses conséquences.

Maladie de Bright chronique, métamorphoses de l'exsudat et atrophie ¹

Ces idées sont aujourd'hui généralement adoptées en Allemagne; elles le sont peut-être moins en France, mais elles tendent évidemment à se propager, surtout depuis l'excellent travail de M. Jaccoud. Nous admettons, avec le savant agrégé de Paris, que l'albuminurie est un fait que l'anatomie, le microscope nous montrent toujours identique à lui-même; qu'on ne peut établir de différence entre les faits d'albuminurie transitoire et chronique; que les premiers, s'ils ne sont enrayés par les effets du traitement ou par les efforts de la nature, doivent fatalement conduire aux seconds. Nous ne faisons d'exceptions que

¹ Jaccoud ; *loc. cit.*, pag. 36.

pour les albuminuries tout à fait transitoires, provoquées artificiellement, comme celles qui sont dues à l'ingestion de matières albuminoïdes en grande quantité.

Examinons maintenant d'une manière plus complète les rapports qui unissent les trois faits principaux de l'albuminurie : passage de l'albumine dans les urines, hydropisie, lésion rénale. La maladie de Bright peut bien présenter d'autres symptômes secondaires : vomissements, diarrhée, fièvre, etc. ; mais les trois faits signalés plus haut constituent évidemment les caractères principaux de cette affection.

1° L'hydropisie dépend-elle de la plus ou moins grande quantité d'albumine reconnue dans les urines, comme le veut Becquerel¹ ? Dépend-elle de la lésion rénale, ainsi qu'on le croit généralement ? Il est évident pour nous que l'hydropisie n'est nullement sous la dépendance du passage plus ou moins abondant de l'albumine dans les urines : nous avons soigné pendant longtemps un homme qui nous présentait chaque jour une quantité très-considérable d'albumine ; l'hydropisie se bornait chez lui à un léger œdème des pieds. S'il y avait eu un rapport nécessaire entre ces deux faits, ce malade aurait dû, au contraire, avoir une anasarque des plus étendues.

Nous avons encore dernièrement observé, dans notre service, un malade qui rendait tous les jours des quantités considérables d'albumine, et qui ne présentait pas le moindre œdème.

M. Rayer a également cité un cas dans lequel l'hydropisie guérit, l'albumine persistant dans les urines² Et,

¹ Becquerel ; *Séméiotique des urines*, etc., pag. 531.

² Rayer ; *Traité des maladies des reins*.

du reste, dans la scarlatine, dans quel ordre se présentent ces divers phénomènes ? L'anasarque débute, et dès son apparition elle est très-étendue, générale ; on ne peut encore ici accuser l'appauvrissement du sang par l'albuminurie de produire l'hydropisie ; ce n'est donc pas là qu'il faut chercher la cause des épanchements séreux.

Réside-t-elle dans la lésion rénale ? Il est probable que le premier de nos malades, qui finit par mourir après de longues souffrances, mais dont nous ne pûmes faire l'autopsie, nous aurait présenté des altérations très-avancées, et que, par conséquent, nous aurions eu là un exemple de lésions profondes sans hydropisie ; ce que nous ne pouvons que prévoir, ce que nous n'avons pu constater, Gregory l'a observé : il a vu des cas dans lesquels, en dépit de désordres très-graves du côté du rein, il n'y avait eu ni anasarque ni œdème ¹ Pour nous, l'hydropisie est le résultat des causes débilitantes qui ont amené un appauvrissement du sang, une anémie, un état cachectique (misère ; maladies graves, excès alcooliques, etc.) ; ou bien elle est produite, dans certains cas, par l'impression du froid, la perte d'albumine n'entre pour rien dans sa production.

2° L'albuminurie dépend-elle de la lésion rénale ? Les uns, M. Lorain ² en particulier, répondent par l'affirmative, expliquant leur opinion de la manière suivante : Dans l'albuminurie scarlatineuse, disent-ils, par suite de l'abolition des fonctions de la peau, due à l'impression de l'humidité et du froid, agissant sur un organe rendu

¹ Cité par Barre, Thèse inaugurale, pag. 90.

² Lorain ; *De l'albuminurie*. (Thèse de concours, pag. 87. 1860.)

plus sensible par le travail dont il a été le siège, il se produit une congestion du rein ; par suite, les cellules épithéliales, qu'elles soient devenues granuleuses ou non, tombent, et l'albuminurie se produit, la transsudation du sérum du sang au travers des parois désorganisées des tubuli étant ainsi rendue plus facile. Pour que cette interprétation pût être admise, il faudrait, dit M. Jaccoud¹, que les deux conditions suivantes se présentassent constamment :

1° Qu'il y eût toujours, dans l'albuminurie scarlatineuse, desquamation épithéliale chez le vivant, congestion après la mort ;

2° Que ces phénomènes ne puissent jamais exister sans entraîner l'albuminurie. Or, B. Bell, Wilks, Gillespie, Wood, ont cité des cas contraires à la première condition ; M. Rayer a également publié deux observations, empruntées à Forget, d'urines albumineuses sans lésion rénale² Bennet, B. Bell ont également vu des faits dans lesquels il y a eu desquamation et non albuminurie ; du reste, l'épithélium rénal est soumis à un renouvellement continu plus marqué encore dans la convalescence des maladies graves ; c'est là un état physiologique qui ne peut évidemment pas toujours amener de trouble pathologique. La congestion existe encore bien plus fréquemment sans albuminurie ; toutes les néphrites sont constituées, à leur premier degré, par la congestion, et ne présentent pas cependant toujours des urines albumineuses. Nous verrons tout à l'heure quelle est la cause qui produit ce

¹ Jaccoud ; *loc. cit.*, pag. 54.

² Rayer ; *loc. cit.* — *Observations de maladies du cœur avec albuminurie.*

phénomène ; constatons pour le moment qu'il est impossible de le rattacher à la lésion rénale.

3° L'altération nous paraît, au contraire, avec M. Jaccoud, être la conséquence de l'albuminurie. On conçoit en effet que, sous l'influence du passage des matières albuminoïdes, élément hétérogène pour le rein, les cellules épithéliales des tubuli s'altèrent et tombent : la congestion se produit consécutivement. Par quels procédés se fait-elle ? Johnson, et après lui M. Jaccoud¹ ont soutenu que l'hyperémie est le résultat de l'élimination supplémentaire dévolue au rein ; cette nouvelle fonction empêcherait la sécrétion urinaire de se faire avec toute la rapidité physiologique et ralentirait ainsi la circulation du sang, d'abord dans les capillaires du plus petit diamètre, et de proche en proche dans tous les vaisseaux de l'organe. Nous ne comprenons pas comment un supplément d'action donné au rein peut retarder l'exercice de sa fonction ; il nous semble que ce serait là au contraire un motif pour cet organe d'accroître la rapidité de ses actes ; mais nous pouvons très-bien admettre que la présence des matières albuminoïdes ou le travail même de destruction des cellules constituent autant de stimulus qui appellent forcément l'hyperémie. L'explication, nous le reconnaissons, ne peut encore être qu'hypothétique, à cause des difficultés que nous éprouvons pour saisir le mécanisme des actes intimes qui se passent dans un organe aussi profondément placé que le rein ; mais le fait n'en subsiste pas moins. Pour nous donc, l'altération du tissu rénal est la conséquence de l'exercice de la fonction anormale qui

¹ Jaccoud ; *loc. cit.*, pag. 69.

est dévolue à l'organe. Nous pouvons ainsi facilement expliquer la production des premiers degrés de la lésion ; quant aux altérations plus avancées, celles de la maladie de Bright confirmée, la chose est plus difficile. « Valentin et Graves ont accusé les matériaux anormaux de l'urine d'agir directement sur le rein et d'en oblitérer les canaux. Or, tout en admettant leur opinion pour la première période, dit M. Jaccoud, nous la croyons insuffisante pour les suivantes, et nous pensons bien plutôt qu'en raison même de l'état général du malade, en raison du trouble croissant qu'une perte quotidienne d'albumine apporte dans les fonctions de réparation, il vient un moment où la nutrition du tissu rénal lui-même se trouve modifiée. Nous sommes ainsi porté à concevoir deux périodes dans la production de ces lésions : dans la première, le rein, traversé par un liquide dont la composition n'est plus normale, en reçoit une atteinte directe, et subit avant tout autre organe des modifications plus ou moins graves ; dans la deuxième, la nutrition de tous les tissus est pervertie, et en même temps que les altérations du rein deviennent de plus en plus profondes il peut s'en développer d'analogues dans différents organes. Il est tellement vrai d'ailleurs que les lésions rénales reconnaissent une cause tout à fait générale, tout à fait en dehors de l'organe, que les deux reins sont toujours atteints en même temps... Mais, dira-t-on peut-être, pourquoi se produit-il tantôt une atrophie, tantôt un état graisseux, ou une dégénérescence fibreuse, ou quelque autre enfin de ces lésions du rein sur lesquelles disputent encore aujourd'hui les anatomo-pathologistes ? La lésion devrait être identique, puisqu'elle succède à la même impression anormale.

Il faudrait, pour soutenir une telle proposition, faire abstraction complète du malade; il faudrait oublier que dans les faits d'ordre pathologique nous ne voyons point la même cause donner fatalement naissance aux mêmes effets; il faudrait oublier enfin que la même difficulté se dresse devant les partisans de la doctrine anatomique, et que l'argument retourne ainsi directement contre son auteur¹ » Cette théorie, malgré ce qu'elle peut présenter encore d'obscur, est cependant celle qui nous a paru devoir être choisie parmi toutes celles qu'ont présentées les auteurs qui se sont occupés de l'albuminurie; nous la préférons par exemple à celle de Dickinson, qui, considérant la dégénérescence rénale comme constituée par de la fibrine moins des alcalis, affirme qu'elle doit se produire toutes les fois que l'organisme subit de grandes pertes en alcalis, comme dans les suppurations prolongées par exemple² Si l'on nous demandait pourquoi ces lésions de la nutrition portent plus spécialement leur action sur le rein, nous répondrions qu'il n'est pas étonnant que l'organe qui a subi la première impression morbide, qui est encore le siège d'un trouble fonctionnel, soit aussi celui sur lequel se localise l'action morbide.

Une dernière question se présente : Comment est produite l'albuminurie? Les médecins qui ne veulent pas admettre qu'elle soit due à une lésion du rein, se rejettent sur une altération plus générale du sang; tels sont : Bright, Graves, Anderson, Valentin, Cazeaux, M. Blot, etc. Cette

¹ Jaccoud; *loc. cit.*, pag. 114.

² Mémoire lu à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres sur la nature de la dégénérescence cirreuse, lardacée, amyloïde; reproduit par les *Archives générales de médecine*. Septembre 1867.

altération n'est du reste pas déterminée par les auteurs, aussi ne pouvons-nous l'admettre ; il resterait toujours à se demander quelle est la cause qui produit cette lésion du sang. M. Jaccoud nous paraît avoir été plus heureux quand il a dit : « L'albuminurie reconnaît pour cause une déviation du type normal des mouvements nutritifs ; cette déviation consiste en une perturbation passagère ou durable dans les phénomènes d'assimilation et de désassimilation des matières albuminoïdes ¹. » Plus loin, il est vrai, M. Jaccoud fait jouer à l'arrêt des fonctions cutanées un grand rôle dans la pathogénie de l'albuminurie, et il nous devient alors impossible de le suivre : « Sous l'influence du refroidissement auquel s'expose un malade convalescent de scarlatine, dit-il, les fonctions de la peau, déjà plus ou moins rétablies, se suppriment de nouveau ; les matières albuminoïdes incomplètement transformées, qui constituent le principe essentiel des produits cutanés, privées de leur voie d'excrétion normale, sont éliminées par le rein, dont l'action compensatrice de celle de la peau est suffisamment connue ². » Pour M. Jaccoud, les maladies chroniques ou les affections aiguës ne peuvent produire l'albuminurie qu'en tant qu'elles agissent sur la peau, qu'elles lui donnent une sécheresse qui empêche l'excrétion cutanée ; et ce n'est que lorsque celle-ci est suspendue que la sécrétion des matériaux albumineux a lieu par le rein. Dans les maladies du cœur, dans la grossesse, il serait cependant souvent difficile de prouver cet arrêt de la fonction cutanée ; et, du reste, la quantité d'urine

¹ Jaccoud ; *loc. cit.*, pag. 47.

² *Loc. cit.*, pag. 69.

excrétée par le rein dépasse souvent celle que la peau est chargée normalement d'éliminer. La perte d'albumine dans les vingt-quatre heures, d'après Frerichs, a atteint jusqu'à quinze grammes, et, d'après le docteur Schmidt, jusqu'à vingt-quatre grammes¹. Il suffit de connaître, d'une part l'analyse de la sueur faite par M. Favre, et de l'autre la perte en poids que fait l'homme par l'évaporation cutanée ou la sueur, qu'on peut évaluer environ à un kilogramme par jour, sur lequel les matériaux solides n'entrent que dans la proportion de 1 p.‰, pour voir que la quantité d'albumine qui est excrétée par le rein est souvent bien supérieure à celle qui est normalement exhalée par la peau.

Pour nous, comme pour M. Gubler², pour M. Semmola³ et bien d'autres la cause principale de l'albuminurie consiste dans le trouble de la nutrition, qui empêche les matières albuminoïdes de subir les transformations nécessaires pour être fixées dans les tissus, de telle sorte qu'elles doivent nécessairement sortir par les reins. Ce qui nous prouve d'ailleurs que la nutrition est spécialement intéressée, c'est que l'albuminurie ne se rencontre que dans des maladies graves : diphthérie, fièvre typhoïde, etc., ou dans des conditions qui ont fatigué l'organisme, épuisé les forces ; dans toutes ces circonstances, les mouvements d'assimilation et de désassimilation ont été profondément troublés. La scarlatine rentre dans la

¹ Lorain ; *loc. cit.*, pag. 42.

² Gubler ; Article *Albuminurie* du *Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales*.

³ *Nouvelles recherches sur la pathogénie et le traitement de l'albuminurie*. (*Gazette des hôpitaux*, 22 octobre 1863.)

première catégorie de ces faits ; aussi ne sommes-nous pas étonné d'y rencontrer l'albuminurie. L'action du froid peut bien servir de cause occasionnelle, favoriser la congestion rénale ; mais le plus souvent les urines deviennent albumineuses, indépendamment de toute condition extérieure et par la seule influence de l'affection primitive.

Ce n'est pas à dire que, dans quelques circonstances, d'autres causes ne puissent être invoquées, mais elles nous paraissent jouer un rôle secondaire et être incapables de conduire, à elles seules et sans le trouble primordial de la nutrition, à la maladie de Bright confirmée ; ainsi, nous reconnaissons sans peine que certaines conditions mécaniques, par exemple la pression exagérée du sang dans les veines rénales, telle qu'on l'observe dans quelques maladies du cœur, dans la grossesse, peuvent solliciter l'albumine du sérum à sortir par exhalation des vaisseaux. Les lésions rénales, une fois produites, sont bien aussi capables de produire le même résultat ; mais l'altération primitive de la nutrition n'en conserve pas moins toute son importance.

Nous n'insisterons pas sur les autres symptômes de l'albuminurie : vomissements, diarrhée, faiblesse générale, congestions passives, etc. ; on ne doit en effet leur accorder qu'une importance secondaire. La maladie se termine souvent d'une manière favorable ¹, quelquefois cependant l'issue est fâcheuse ; dans ces cas, c'est presque toujours à la suite de troubles nerveux et gastro-intestinaux que les malades sont emportés. On a voulu trouver la raison

¹ Nous faisons surtout allusion à l'albuminurie scarlatineuse.

de ces faits dans l'excès d'urée que renferme le sang, dans sa transformation en carbonate d'ammoniaque (Frerichs), dans l'accumulation des matières extractives¹ ; mais la chimie est encore impuissante à nous faire connaître les véritables rapports qui relient ces deux ordres de phénomènes, et le doute est encore permis sur tous ces points.

Le diagnostic de l'albuminurie ne présente aucune difficulté.

Le pronostic est plus délicat. Certaines albuminuries ne sont que transitoires, et par conséquent ne produisent pas de grandes altérations dans la santé ; d'autres, au contraire, maladies de Bright confirmées, conduisent à la mort : or, il est toujours difficile au début de savoir quelle sera l'issue de la maladie. A ce point de vue, il faudra surtout interroger les conditions dans lesquelles se présente l'albuminurie ; on se rappellera dans tous les cas que la perte d'albumine est le signe d'une déviation assez profonde des forces nutritives, et qu'elle peut amener les lésions les plus graves.

Nous verrons plus loin quel est le traitement de l'albuminurie.

Parmi les autres conséquences de la scarlatine, nous devons donner une mention spéciale aux douleurs rhumatismales ; ces douleurs, ainsi que nous l'avons dit, ont des caractères particuliers, elles sont vagues, peu accentuées, la fluxion dont elles s'accompagnent est modérée ; aussi leur a-t-on avec raison donné le nom de rhumatisme scarlatin. Quelquefois ces rhumatismes peuvent consécutivement amener de chorées, surtout chez les enfants.

¹ Fournier ; *De l'urémie*. (Thèse de concours, 1863.)

Anatomie pathologique. — La scarlatine présente des lésions différentes suivant les complications qui ont existé pendant le cours de la maladie. L'angine diphthéritique laisse ses traces habituelles, l'albuminurie produira les altérations diverses de la maladie de Bright : congestion, dégénérescence cirreuse, lardacée, amyloïde; mais en dehors de ces désordres particuliers, la scarlatine présente souvent des lésions des plaques de Peyer tout à fait semblables à celles que l'on observe dans la fièvre typhoïde. MM. Rayer, Louis, Requin, en ont vu des exemples; nous avons déjà appelé l'attention sur ces faits, à propos de la valeur pathogénique de l'altération intestinale dans la fièvre typhoïde.

Diagnostic. — Si pendant l'éruption il est toujours facile de reconnaître la scarlatine, il n'est pas toujours aussi aisé de la distinguer quand elle n'est encore qu'à la période d'invasion. On pourra la confondre, à cette époque, avec une fièvre catarrhale localisée sur l'arrière-gorge; dans des cas plus graves, elle présentera beaucoup de rapports avec les commencements d'une fièvre typhoïde. Il sera plus difficile de confondre une scarlatine avec une rougeole ou une variole : les caractères des trois exanthèmes sont, en effet, assez différents pour que généralement le doute ne soit pas permis ; l'existence d'une épidémie de scarlatine, des rapports antérieurs entre le malade et le sujet atteint d'exanthème scarlatineux, donneront plus de force aux prévisions, mais on ne pourra jamais avoir une entière certitude, tant la nature se montre souvent bizarre dans ses actes ! Nous nous rappellerons toujours le fait suivant, qui était bien digne de fixer notre

attention. Il y a plusieurs années, nous fûmes appelé auprès d'un enfant qui présentait tous les symptômes de l'invasion de la rougeole ; l'arrière-gorge était tout à fait saine ; cet enfant n'avait jamais été frappé par l'exanthème rubéoleux ; c'était au printemps, nous crûmes pouvoir diagnostiquer une rougeole : le malade eut une scarlatine. Quelques jours après, la mère se mit au lit, accusant une difficulté très-grande pour avaler ; le pharynx, le voile du palais, la luette étaient fortement congestionnés ; il y avait de la fièvre. La mère n'avait jamais eu de scarlatine, nous crûmes pouvoir diagnostiquer cette fièvre éruptive. L'angine disparut deux jours après, et la malade se rétablit si promptement que nous ne pûmes admettre l'idée d'une scarlatine sans éruption ; c'était bien une angine catarrhale simple.

Pronostic. — La scarlatine est une maladie plus grave que les autres fièvres éruptives ; la fréquence des symptômes nerveux, ataxo-adiynamiques, la possibilité d'une complication diphthéritique, les suites de la maladie, l'albuminurie en particulier, font de cet exanthème une affection toujours sérieuse et inquiétante. La scarlatine, a dit Sennert, est un mal grave et périlleux, souvent mortel.

Traitement. — Existe-t-il un traitement prophylactique de la scarlatine ? Hahnemann et plus tard Hufeland ont prétendu que la belladone pouvait mettre à l'abri de cette fièvre éruptive, ou au moins en atténuer la gravité. Malgré les recherches d'un grand nombre de médecins, de Wagner en particulier, qui prétend avoir observé une

mortalité bien moins grande dans les épidémies où on avait employé la belladone, le fait reste encore douteux. « Suspendons notre jugement, dit Requin, et attendons les progrès ultérieurs de l'expérience générale. Mais, d'ici là, que nous en coûterait-il d'administrer cinq ou dix centigrammes d'extrait de belladone par jour à ceux que nous désirons, sous le règne d'une épidémie ou dans le voisinage de quelque malade, mettre à l'abri de l'influence contagieuse ¹ ? »

Quant au traitement curatif, il comprend toujours les trois indications que nous avons posées pour chaque fièvre éruptive, et qui se rapportent :

- 1° A l'affection ;
- 2° Aux complications ;
- 3° Aux symptômes.

1° Si l'affection est simple, dénuée de toute complication, il n'y a qu'à laisser marcher la maladie, la nature se chargera de la mener à bonne fin.

2° Indépendamment des complications que l'on rencontre aussi bien dans la scarlatine que dans les autres fièvres éruptives (affections inflammatoire, bilieuse, catarrhale, ataxo-adyamique), et qui réclament l'emploi des mêmes moyens, il est deux états morbides qui appartiennent plus particulièrement à la scarlatine, et qui doivent nous occuper : ce sont le rhumatisme et la diphthérie. Le séjour au lit, l'emploi de quelques boissons diaphorétiques suffisent la plupart du temps pour calmer les douleurs généralement peu accentuées des jointures ; si l'état était plus grave, on aurait recours à la poudre de Dower (un

¹ Requin ; tom. III, pag. 342.

gramme dans la journée), ou aux autres moyens habituellement dirigés contre le rhumatisme : sulfate de quinine, nitrate de potasse, etc.

Si les travaux contemporains n'ont pu pénétrer le secret de la nature intime de la diphthérie, ils sont arrivés du moins à nous faire connaître les principes de la méthode générale du traitement de cette maladie. Nous savons que la diphthérie est une affection foncièrement adynamique ; que, par conséquent, il faut proscrire de sa thérapeutique tous les antiphlogistiques, quelle que soit leur puissance. Les toniques, au contraire, devront être employés pendant tout le cours de la maladie : on débutera par un vomitif, de manière à faciliter l'expulsion des fausses membranes ; si ce moyen ne suffit pas, il faudra les arracher avec des pinces, et immédiatement après on cautérisera profondément la partie ; le perchlorure de fer nous paraît devoir être préféré pour cet usage. A l'intérieur, on emploiera aussi le perchlorure, et concurremment on alimentera le malade, on lui donnera du vin, de manière à lui permettre de conserver toutes ses forces. Quelques gargarismes astringents, des insufflations d'alun, pourront être employés dans l'intervalle des cautérisations, qu'on devra renouveler suivant les besoins.

3° Le symptôme qui seul attire l'attention du médecin est l'angine ; des gargarismes émollients avec addition de quelques gouttes de laudanum, ou astringents, suivant les cas (miel rosat, borax, etc.), la combattent efficacement, si elle ne présente rien de diphthéritique.

Traitement de l'albuminurie scarlatineuse. — La thérapeutique de l'albuminurie est encore malheureusement

peu avancée ; l'empirisme, plus qu'une analyse raisonnée des éléments de la maladie, a guidé les médecins jusqu'à aujourd'hui ; essayons, à notre tour, d'établir les indications d'après la notion que nous avons de la nature de l'affection. Nous rappelant que l'albuminurie survient dans des conditions qui ont puissamment débilité l'organisme, que la nutrition est profondément troublée, et que sous cette apparence d'embonpoint, produite par l'hydropisie, existe une maigreur véritable ; nous rappelant, en second lieu, que des fluxions plus ou moins actives se portent sur les reins et y produisent des altérations profondes, nous établissons les deux indications principales suivantes : 1° Relever les forces et plus particulièrement fortifier les voies digestives ; 2° Détourner les fluxions qui se portent sur les reins ; enfin, nous n'oublions pas que l'existence de l'hydropisie est aussi, par elle-même, une source d'indications particulières.

Le régime, le fer, le quinquina, les amers de tous genres, rempliront la première indication ; on variera les préparations suivant le tempérament, le goût des malades. Des cautères seront appliqués sur la région lombaire, comme point d'irritation, et de manière à empêcher les mouvements de se porter avec trop d'intensité sur les reins ; ce dernier moyen sera du reste bien souvent impuissant à prévenir les désordres organiques. Enfin, contre l'hydropisie on emploiera les diurétiques, les purgatifs légers, s'il n'y a pas de contre-indication, si le malade peut les supporter ; si l'ascite est trop développée et gêne le malade, on pratiquera une ponction.

Auteurs à consulter. — Rayer ; *Traité des maladies de la peau*. Trousseau ; *Clinique médicale*. Jaccoud ; *De l'albuminurie*. Les divers auteurs classiques.

GENRE IV. — Fièvres pseudo-exanthématiques.

Nous avons déjà dit qu'il nous était impossible de ranger toutes les maladies éruptives avec fièvre parmi les fièvres éruptives, et nous avons fait des états morbides qui ne peuvent rentrer dans cette dernière classe un groupe à part que nous avons appelé *fièvres pseudo-exanthématiques*. Nous définissons la fièvre pseudo-exanthématique : une fièvre accompagnée d'une éruption non critique, éruption qui se termine toujours par résolution et dans un laps de temps indéterminé, mais cependant assez court. La fièvre pseudo-exanthématique se distingue surtout de la fièvre éruptive par ce fait, sur lequel nous avons déjà insisté, que l'éruption n'est nullement critique de la fièvre. En outre, elle ne présente pas la régularité que nous avons rencontrée dans la pyrexie exanthématique : un érysipèle, par exemple, peut mourir sur place, comme parcourir toute la surface du corps, sans qu'il soit possible de prévoir la marche qu'il affectera. Nous connaissons au contraire à l'avance la manière dont se présentera, dont évoluera l'exanthème rubéoleux ou varioleux. La fièvre pseudo-exanthématique n'est pas habituellement contagieuse. On a bien cité quelques cas d'érysipèles communiqués par une véritable contagion; mais il y a loin de là à ce que nous

voyons dans la transmission des fièvres éruptives. Enfin, les pyrexies exanthémateuses ne récidivent presque jamais, le pseudo-exanthème crée, au contraire, une espèce d'habitude ; certains sujets sont atteints presque périodiquement de la même éruption. La fièvre joue encore cependant ici le principal rôle ; elle précède souvent l'exanthème, l'accompagne toujours ; il nous était donc impossible de renvoyer ces affections dans la classe des maladies de la peau, elles devaient rentrer dans les limites de nos études actuelles.

Érysipèle.

L'érysipèle est une fièvre pseudo-exanthématique caractérisée par une éruption érythémateuse et phlycténoïde, se terminant par desquamation.

On répète bien souvent que l'érysipèle s'observe dans des circonstances très-variables : c'est ainsi qu'on l'accuse de compliquer les plaies ; on sait que sous cette forme il règne souvent épidémiquement et entrave, dans les hôpitaux surtout, la marche régulière des opérations ; les nouveau-nés, dit-on encore, présentent souvent des érysipèles très-graves qui coïncident avec des épidémies de fièvre puerpérale ; on le voit, enfin, envahir les membres ou autres parties du corps à la dernière période des maladies cachectiques, à la fin des fièvres graves, etc. Sont-ce là de véritables érysipèles ? Non certes : on ne retrouve en effet, dans ces éruptions, aucun des caractères de l'érysipèle pseudo-exanthématique : la fièvre d'invasion leur fait toujours défaut, et l'aspect de l'éruption elle-même diffère beaucoup de celui de l'érysipèle vrai. C'est en effet

une rougeur uniforme, plus ou moins étendue, qui tient plus de l'érythème que de l'érysipèle ; un seul caractère rapproche les deux éruptions, c'est la facilité avec laquelle elles s'étendent l'une et l'autre. Nous n'avons donc pas à nous occuper de ces prétendus érysipèles, qui, on le voit, n'ont rien de commun avec les pseudo-exanthèmes.

M. Trousseau prétend¹ que l'érysipèle vrai, celui que nous étudions, n'est que très-rarement spontané ; qu'il existe dans la presque universalité des cas, sinon une plaie, au moins une lésion superficielle, une excoriation de la peau, et que l'engorgement glandulaire, que nous verrons précéder l'éruption, est consécutif à la lésion de la peau. Qu'une légère ulcération herpétique ou scrofuleuse du visage passe souvent inaperçue, et qu'elle devienne ainsi le point de départ de l'érysipèle, c'est ce que nous concédons très-volontiers à M. Trousseau ; mais nous affirmons aussi que, plus fréquemment que ne le croit M. Trousseau, nous avons observé des érysipèles indépendants de toute altération des téguments. Depuis la publication de l'excellent ouvrage du professeur de Paris, nous avons spécialement porté notre attention sur ce sujet, et dans bien des cas il nous a été impossible de reconnaître un point de départ quelconque à l'exanthème. On sait aussi que chez les femmes arrivées à l'époque de la ménopause, on observe souvent des érysipèles à répétition ; croit-on qu'à chaque nouvelle atteinte existe une excoriation cutanée qui puisse rendre compte de la maladie ? Évidemment non, et la disposition interne peut rendre compte à elle seule de l'apparition de l'érysipèle.

¹ Trousseau ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 296.

Il existe donc, pour nous, un érysipèle réellement spontané.

Étiologie. — Les causes sont presque toujours inconnues; souvent on observe chez les sujets une disposition particulière, une espèce d'habitude, dont il est dans un grand nombre de cas difficile de connaître les conditions, mais qu'on peut quelquefois rapporter, ainsi que nous venons de le dire, à un trouble de la menstruation ou encore à une maladie du foie. Tout ce qu'on a dit de la constitution, du tempérament, du sexe des individus, ne nous paraît pas bien prouvé: nous avons aussi bien observé des érysipèles chez les lymphatiques que chez les pléthoriques, chez les hommes que chez les femmes, etc.; le seul fait qu'on puisse admettre sur ce point, c'est la plus grande fréquence des érysipèles dans l'âge adulte. La contagion peut, dans certains cas très-rares, aider au développement de la maladie; les médecins anglais Hume, Weathered et Wills en ont cité plusieurs cas¹; la *Gazette des hôpitaux* du 23 avril 1864 en relatait également quelques exemples. L'érysipèle spontané est bien rarement épidémique, il n'en est pas de même des éruptions dites érysipèles chirurgicaux; mais nous avons déjà montré que ceux-ci n'ont aucun rapport avec la fièvre pseudo-exanthématique que nous étudions.

Chez les individus prédisposés, une cause occasionnelle quelconque peut provoquer le développement de l'érysipèle; c'est ici qu'il faut placer les excoriations de la peau, dont a parlé M. Trousseau; l'insolation joue quelquefois le même rôle.

¹ Anglada; *Traité de la contagion*, tom. I, pag. 150.

Symptomatologie. — La durée de l'incubation ne peut être que très-difficilement appréciée, l'érysipèle n'étant généralement pas contagieux.

Les symptômes de la période d'invasion sont ceux que nous avons décrits dans les fièvres catarrhales gastriques: frissons alternant avec des bouffées de chaleur, fréquence du pouls, malaise, céphalalgie, nausées, langue large, blanche, etc. Un seul caractère est spécial à l'érysipèle dans cette période: c'est l'engorgement des ganglions voisins du point où doit se faire l'éruption; celle-ci débutant presque toujours par la face, ce sont les ganglions sous-maxillaires qui sont le plus souvent engorgés. Chomel avait déjà insisté sur ce fait; M. Trousseau en a montré toute l'importance et a combattu l'opinion de M. Velpeau, qui avait prétendu que la lésion ganglionnaire était consécutive à l'exanthème; chacun du reste peut aisément se convaincre de la vérité des assertions de M. Trousseau.

L'éruption, avons-nous dit, débute ordinairement par la face; M. Trousseau a établi qu'elle pouvait commencer par l'arrière-gorge sous forme d'angine, et se propager de là à la face par les fosses nasales. L'éruption est constituée par une rougeur variant depuis le rose tendre jusqu'au rouge écarlate ou livide; de plus, et c'est là ce qui distingue l'érysipèle de l'érythème, la peau est tendue, luisante, tuméfiée; cette tuméfaction cesse brusquement sur les limites de l'éruption; il est facile de la constater par le toucher ou simplement par la vue; elle peut s'accompagner d'œdème, surtout dans les parties où le tissu cellulaire est lâche, aux paupières par exemple. Il résulte de cette disposition une déformation complète des

traits du malade, qui devient méconnaissable. L'éruption est le siège d'une sensation particulière de tension, de cuisson, quelquefois simplement de prurit, et en même temps d'une chaleur âcre et mordicante. Sur divers points de l'éruption se trouvent parsemées de véritables phlyctènes qui, suivant leur forme, leur aspect (vésicules ou bulles), ont fait donner à la maladie les noms d'érysipèle miliaire ou bulleux; cette distinction n'a du reste aucun intérêt et mérite d'être abandonnée. Des différences plus importantes dépendent de la marche particulière de l'exanthème; à ce point de vue, l'érysipèle est dit *fixe*, s'il reste et meurt dans les points primitivement envahis; il est *serpigineux*, s'il gagne de proche en proche: on l'a vu ainsi parcourir progressivement toute la surface du corps; il est enfin *ambulant*, s'il saute brusquement d'un point à un autre. La fièvre généralement ne cesse pas pendant l'éruption; elle continue avec autant d'intensité.

La terminaison la plus habituelle de l'érysipèle a lieu par desquamation; des plaques assez larges d'épiderme se détachent et tombent, laissant une coloration brunâtre et un léger œdème de la partie affectée; quand l'érysipèle se renouvelle souvent, il peut même donner naissance à une véritable hypertrophie du derme.

L'érysipèle peut aussi se terminer par gangrène, quand il a existé une complication ataxo-adynamique; on voit alors les bulles se crever, les tissus se putréfier; cette forme est rare dans les érysipèles spontanés, elle appartient plutôt aux érysipèles symptomatiques, cachectiques.

Dans l'érysipèle phlegmoneux, on voit l'inflammation s'étendre au tissu cellulaire sous-jacent; c'est encore une terminaison très-rare de la fièvre pseudo-exanthématique

érysipélateuse; on la rencontre surtout dans les érysipèles chirurgicaux.

Les métastases sont bien plus fréquentes : on voit alors l'éruption se supprimer brusquement, la rougeur disparaître, la tuméfaction tomber, et le travail se porter immédiatement sur un organe interne; ce sont les érysipèles internes des anciens auteurs, qui se manifestent sous la forme de méningo-encéphalite, de pneumonie, etc.; ces métastases sont toujours très-graves, souvent mortelles. Dans son *Mémoire sur les fluxions de poitrine de nature catarrhale*, M. le professeur Dupré a cependant cité l'observation d'une métastase érysipélateuse sur le poumon arrêtée dans sa marche par la brusque réapparition de l'éruption¹; quelquefois, en effet, un érysipèle apparaissant dans le cours d'une inflammation interne peut la juger, il est critique de l'affection primitive. On trouvera un autre exemple de ce genre dans le travail de M. Dupré²

La convalescence est franche; le malade se rétablit promptement.

Complications. — Il est inutile de rappeler encore que, comme tous les exanthèmes, l'érysipèle peut être compliqué par les états généraux que nous avons étudiés au début de ce travail; suivant la constitution médicale, le tempérament de l'individu, l'érysipèle peut revêtir les caractères inflammatoire, bilieux, etc. La complication ataxo-adynamique est plus rare. L'embarras gastrique existe à peu près normalement dans tout érysipèle. Enfin,

¹ Dupré; *loc. cit.*, pag. 54.

² Dupré; *loc. cit.*, pag. 57.

M. Falot a observé des érysipèles avec complication de symptômes typhoïdes et d'état rémittent ¹ Indépendamment de ces états généraux, l'érysipèle présente souvent une autre complication intéressante à étudier : c'est le délire. Or, il faut savoir que ce symptôme, toujours si effrayant pour les assistants, est loin d'avoir, dans tous les cas, la même signification : ainsi, il peut être sympathique de l'état de souffrance de l'estomac (ce cas est le plus rare); nous avons vu, en effet, qu'il existe toujours dans l'érysipèle un embarras gastrique simple ou bilieux qui, par suite des relations qui existent entre le cerveau et l'estomac, peut, chez les individus plus particulièrement prédisposés, déterminer le délire.

Le délire peut encore être le résultat d'une sympathie qu'on pourrait appeler de voisinage entre la peau et les centres nerveux. M. Trousseau fait remarquer avec raison que, lorsque l'éruption gagne le cuir chevelu, il est bien peu d'individus qui ne présentent pas quelques phénomènes cérébraux ²; il est probable aussi que, dans ces cas, les méninges sont souvent le siège d'une congestion plus ou moins vive. Cette congestion peut amener une véritable inflammation, c'est ce que l'on voit dans les métastases dont nous parlions plus haut; c'est ce que l'on observe aussi indépendamment de toute disparition brusque de l'éruption: une méningo-encéphalite peut, en effet, se déclarer primitivement. Ces faits, malgré leur gravité, sont moins sérieux que les inflammations cérébrales par suite de métastases. Dans le premier cas,

¹ *Montpellier médical*, mai 1864.

² Trousseau ; *loc. cit.*, tom. I, pag. 230.

en effet, l'éruption opère une dérivation utile à l'extérieur ; dans le second, au contraire, tous les mouvements se précipitent avec force sur le cerveau. Le praticien aura donc à étudier ces diverses conditions, afin de savoir s'il doit, sinon respecter le délire, au moins ne l'attaquer que faiblement, ou s'il doit au contraire diriger contre lui tous les moyens dont il dispose.

Récidives. — Nous avons déjà dit que l'érysipèle récidivait souvent ; dans certains cas, la cause de cette disposition est parfaitement appréciable : c'est une maladie du foie, ce sont des troubles divers de la menstruation (puberté, âge critique, etc.) ; d'autres fois, au contraire, il est impossible de s'expliquer ces apparitions successives d'un même exanthème. Faut-il en accuser une impressionnabilité plus grande de la peau ? Rien ne nous le prouve, et nous hésitons à l'admettre. Nous devons, du reste, faire remarquer que les érysipèles qui récidivent fréquemment n'amènent généralement pas avec eux de troubles généraux considérables, que souvent même ils sont apyrétiques. Sont-ce bien là alors de véritables érysipèles ? Il est permis d'en douter.

Diagnostic. — Nous répétons encore ce que nous avons dit en étudiant les fièvres éruptives. Dans la période d'invasion, il est très-difficile de prévoir la maladie à laquelle on aura affaire ; des atteintes antérieures d'érysipèle, en nous faisant connaître les habitudes du malade, nous mettront sur la voie d'un bon diagnostic. L'éruption une fois faite, le diagnostic ne présente plus de difficultés ; l'érysipèle se distingue facilement de l'érythème, qui

consiste en une simple rougeur, sans tuméfaction et sans phlyctènes.

Pronostic. — L'érysipèle, tel que nous le comprenons, est une maladie bénigne : il n'y a qu'un décès sur cinquante malades, d'après M. Trousseau ; les métastases, l'extension de la maladie aux centres nerveux, sont à peu près les seuls accidents qu'il faille redouter. L'érysipèle, nous dirions mieux l'érythème symptomatique, est, au contraire, toujours l'indice d'une situation très-grave ; on ne le voit guère, en effet, apparaître qu'à la période ultime des maladies.

Traitement. — L'érysipèle nous présente les mêmes indications que les véritables fièvres éruptives ; elles sont fournies par l'affection, les complications et les symptômes.

1° L'érysipèle, par sa nature, ne demande aucun traitement ; le médecin ne peut rien contre lui, il faut qu'il reste simple spectateur de l'évolution de la maladie, mais prêt à agir si une complication apparaît, si une métastase se produit. Il sera bon toutefois, comme dans les fièvres éruptives, de donner à la fin de la maladie un léger purgatif.

2° Les complications inflammatoire, bilieuse, etc., recevront ici le traitement que nous avons déjà bien souvent indiqué. Quant au délire, s'il est sympathique, ce que l'on reconnaîtra à la conservation de l'éruption, au degré modéré de la fièvre, à l'absence des autres symptômes d'une méningo-encéphalite, il ne demande pas de médication bien énergique ; si l'on a lieu au contraire de croire à l'existence d'une inflammation cérébrale, les saignées

générales et locales, le calomel, etc., seront promptement employés; si l'on peut attribuer l'apparition de cette complication à une métastase, il faudra chercher à rappeler l'éruption sur le point primitivement envahi, au moyen de sinapismes et de vésicatoires; à l'intérieur, on emploiera concurremment les diaphorétiques, les excitants diffusibles.

3° La douleur, la tension produite par l'éruption, incommodent le malade, qui demande à être soulagé. Il faut proscrire tous les topiques humides, cataplasmes, fomentations, qui favorisent les métastases; les seuls moyens que l'on puisse employer sont les poudres inertes, les féculs, l'amidon. Nous ne parlons pas de la cautérisation avec le nitrate d'argent, faite dans le but de fixer à l'éruption des limites infranchissables, des vésicatoires, du collodion, employés d'après les mêmes idées: ces moyens n'atteignent que rarement leur but, et d'ailleurs on doit se rappeler que l'éruption est un besoin de la nature, et que si on l'empêche de se produire au dehors, elle se portera à l'intérieur sur des organes importants.

Nous ne dirons rien du traitement de l'érysipèle des nouveau-nés, de l'érysipèle chirurgical, ces éruptions ne rentrant pas dans les limites de notre étude.

Nature. — Quelques médecins, Blandin en particulier, avaient voulu regarder l'érysipèle comme une inflammation des vaisseaux lymphatiques de la peau; il n'en est rien: entre une lymphite et un érysipèle existent de grandes différences; sans insister sur celles que présentent les symptômes locaux, nous pouvons rappeler ces grands caractères de la préexistence de la fièvre, de l'ambulance,

de la possibilité des métastases, qui prouvent que toute la maladie ne réside pas dans l'éruption que nous avons sous les yeux ; que cet exanthème lui-même n'est que la manifestation d'un besoin général de l'économie ; que l'érysipèle, par conséquent, rentre dans la grande classe des affections fébriles essentielles. Quant à l'éruption en elle-même, il est bien évident qu'elle est constituée, sinon par une inflammation, au moins par une congestion très-vive des vaisseaux les plus superficiels de la peau.

Auteurs à consulter. — Trousseau ; *Clinique médicale*. Desprès ; *De l'érysipèle*.

Urticaire.

Les exanthèmes que nous allons maintenant étudier n'appartiennent pas exclusivement à la classe des fièvres pseudo-exanthématiques ; l'urticaire, le zona, le pemphigus, l'eczéma aigu, etc., se retrouvent encore dans le grand groupe des maladies cutanées. Il ne faudrait pas conclure de là qu'une seule et même maladie puisse être rangée dans des classes différentes : les éruptions cutanées ne sont pas, en effet, des maladies faisant espèce, ce sont tout simplement des symptômes servant de manifestation à des états morbides très-différents les uns des autres, pyrexies, diathèses, etc. ; aussi a-t-on compris aujourd'hui que les classifications des maladies de la peau, telles que celles de Willan, MM. Cazenave et Gibert, fondées sur la connaissance de l'élément anatomique, étaient illusoires ; grâce aux travaux de MM. Bazin et Hardy, on a une notion plus exacte de ces maladies, on s'occupe plus de leur

nature et de la cause qui les produit que de leur forme anatomique, qu'on relègue au second plan. Sans doute, il est bon de savoir que l'herpès est formé par des vésicules, l'ecthyma par des pustules ; mais, cette satisfaction accordée à l'amour-propre scientifique, on se demande de quelle utilité thérapeutique est cette notion. Il est bien plus important de savoir que ce sont les diathèses scrofuleuse ou syphilitique qui ont produit l'éruption, que c'est contre ces états morbides qu'il faut avant tout diriger le traitement. Il est donc impossible de ne pas s'occuper des maladies de la peau dans différentes classes de la pathologie : à ceux qui ont cru trouver dans ce fait une objection aux classifications modernes des lésions cutanées, M. Bazin a répondu : « L'inconvénient que vous signalez est plutôt apparent que réel, et ce qui fait que nous n'apprécions pas les choses de la même manière, c'est que vous considérez l'urticaire comme une maladie, tandis que pour moi l'urticaire n'est qu'un symptôme. Ne traite-t-on pas du vomissement idiopathique dans les maladies nerveuses et du vomissement symptomatique à propos de chacune des maladies dans lesquelles on le rencontre ? N'en est-il pas de même de l'hémorrhagie du tégument externe et de toutes les affections qui peuvent être à la fois et maladie et symptôme ? » La réponse de M. Bazin nous paraît devoir lever tous les doutes ; on ne pourra donc pas s'étonner de nous voir étudier ici le zona, l'urticaire, etc., car ces éruptions présentent bien souvent les véritables caractères d'une fièvre pseudo-exanthématique.

Nous commençons cette étude par l'urticaire, ou mieux

¹ Bazin ; *Leçons sur la scrofule* pag. 35. Paris, 1861

par la fièvre pseudo-exanthématique ortiée, appelée aussi porcelaine, scarlatine prurigineuse par Sauvages. L'urticaire a été ainsi désignée, à cause de la complète ressemblance de son éruption avec celle que détermine le contact des feuilles fraîches d'ortie.

Étiologie. — Les causes sont presque toujours inconnues ; l'urticaire ne se développe souvent en effet qu'en vertu d'une idiosyncrasie, d'une disposition spéciale du sujet, qu'on rencontre spécialement chez les dartreux et les rhumatisants : rare chez les vieillards, elle atteint plus souvent les enfants et les adultes ; l'impression du froid, une forte émotion, le travail de la dentition, peuvent la provoquer ; enfin certains aliments, les homards, les écrevisses, plus rarement les fraises, les framboises, ont la singulière propriété de produire des éruptions ortiées. Généralement dans ces cas, l'exanthème est très-fugace, purement sympathique, et ne saurait être assimilé à la fièvre pseudo-exanthématique ortiée.

Symptomatologie. — L'urticaire est quelquefois précédée, presque toujours accompagnée de fièvre. Le premier symptôme qui apparaît sur la peau est habituellement le prurit ; l'éruption se fait ensuite sous forme d'élevûres, de larges plaques papuleuses dures, de dimensions variables, de forme circulaire ou irrégulière, d'une couleur blanchâtre, et entourées d'une aréole rouge ou plutôt rose. Rarement l'éruption est générale, presque toujours elle commence par être localisée sur quelques parties de la surface cutanée, et ce n'est que successivement qu'elle envahit d'autres points de la peau. La

promptitude avec laquelle l'éruption disparaît et reparait est un des caractères les plus saillants de l'urticaire ; quelques minutes suffisent quelquefois à l'évolution d'une plaque ortiée, dont la plus longue durée ne dépasse jamais plusieurs heures ; mais le malade ne jouit pas longtemps de ce moment de calme, et de nouvelles plaques apparaissent bientôt sur les mêmes points ou sur d'autres parties. L'éruption s'accompagne toujours de démangeaisons atroces auxquelles le malade ne peut résister ; les frottements continuels qu'il exerce sur l'éruption provoquent consécutivement une sensation de chaleur âcre, très-incommode. C'est surtout pendant la nuit que se produisent tous ces phénomènes, d'où une insomnie complète et une fièvre continue ou intermittente, quelquefois même périodique. M. le professeur Golfin a en effet publié des observations de fièvre ortiée périodique guérie par le quinquina.

La durée totale de la maladie varie entre trois et huit jours.

Diagnostic. — La forme de l'éruption, la rapidité avec laquelle elle disparaît et reparait, les démangeaisons qu'elle occasionne, suffisent à caractériser l'urticaire ; nous verrons bientôt qu'elle peut facilement se distinguer de l'érythème noueux, du pityriasis aigu, etc. Il nous paraît impossible de la confondre avec la roséole.

Pronostic. — La fièvre ortiée ne présente aucune gravité. c'est seulement une affection douloureuse et très-incommode.

Traitement. — On ne peut, on ne doit pas arrêter le développement de l'éruption ; les seules indications qu'on

ait à remplir sont les suivantes : modérer la fièvre, si elle est trop vive ; détruire l'embarras gastrique qui existe si souvent ; une légère saignée chez les pléthoriques, un purgatif, quelques boissons acidules, tempérantes, tels sont les moyens auxquels on aura recours. Localement, pour calmer la démangeaison, on peut employer des lotions vinaigrées, alcalines, ou simplement émollientes, décoctions de mauve, de pavot, ou encore les poudres féculentes, l'amidon, etc.

Zona.

Le zona, *herpes zoster*, *ignis sacer* (Celse) est caractérisé par des groupes de vésicules réunies sur des plaques rouges, irrégulières, disposées sous la forme d'une moitié de ceinture qui part d'un point de la ligne médiane du corps pour se rendre au point opposé¹.

Étiologie. — Nous sommes encore moins bien renseignés sur les causes du zona que sur celles de l'urticaire.

Un individu présente tous les symptômes d'une fièvre catarrhale, d'un embarras gastrique ; le lendemain, ou deux jours après, apparaît un zona : pourquoi ? Nul ne pourrait le dire : l'esprit ne saurait, en effet, se contenter de l'admission de ces causes banales, telles que les variations de température, que l'on retrouve à propos de l'étiologie de chaque maladie ; ici encore, il faut croire à une prédisposition, à une idiosyncrasie complètement in-

¹ Bazin ; *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, pag. 121. Paris, 1860.

connue : tout au plus pourrait-on admettre que le zona apparaît plus fréquemment chez les dartreux et les rhumatisants.

Symptomatologie. — Très-souvent, le zona est précédé de fièvre, malaise, inappétence, inquiétude, et plus spécialement de douleurs névralgiques dans le point où doit se faire l'éruption. Celle-ci peut se montrer sur différentes parties du corps, mais plus fréquemment elle siège à la base de la poitrine ; elle ne dépasse jamais la ligne médiane, entourant le corps comme une demi-ceinture. L'éruption débute par de petites taches rouges isolées, qui finissent par se rapprocher, et sur lesquelles apparaissent bientôt de petites vésicules qui grossissent peu à peu, se remplissent d'un liquide séreux, puis séro-purulent, quelquefois même purulent ; après leur rupture, des croûtes épaisses, jaunâtres, se forment et tombent après un temps indéterminé, laissant à leur place des taches rouges, lentes à disparaître. Pendant l'évolution de l'exanthème, la fièvre persiste habituellement, ainsi que les douleurs, qui sont aussi vives, aussi aiguës qu'au début de la maladie.

Le zona dure ordinairement de sept à huit jours ; chez les individus affaiblis, cachectiques, il peut amener des ulcérations, qui quelquefois même prennent l'aspect gangréneux.

Quelle est la cause de cette forme si bizarre de l'éruption, qu'on ne voit jamais dépasser la ligne médiane ? Nous n'en savons rien. On avait prétendu que le zona ne pouvait exister sans névralgie et peut-être quelques médecins aujourd'hui voudraient-ils regarder l'éruption comme le produit d'une action réflexe. Tout en accordant

une grande valeur à l'élément névralgique dans le zona, nous devons cependant faire remarquer que l'éruption ne se fait pas toujours suivant le trajet d'un nerf, ce qu'il est facile de constater, aux membres par exemple ; que la névralgie peut manquer dans certains cas, et que souvent elle survit à l'éruption ; or, si elle était cause, son effet devrait aussi persister

Diagnostic. — La forme si caractéristique de l'éruption doit empêcher toute méprise.

Pronostic. — Comme tous les pseudo-exanthèmes que nous étudions, le zona est sans gravité.

Traitement. — Les principes ci-dessus indiqués doivent nous guider dans le traitement du zona ; il faut avoir égard aux complications inflammatoire, gastrique, qui peuvent surgir ; il faut se rappeler que le zona apparaît souvent à la suite d'un refroidissement, et employer les sudorifiques légers, de manière à favoriser l'expansion. Les vésicules doivent être saupoudrées d'amidon ; on proscrira toute application liquide qui pourrait favoriser le développement d'ulcérations douloureuses ; la cautérisation des vésicules avec le nitrate d'argent doit être également rejetée comme étant une opération aussi inutile que pénible à supporter pour le malade. Enfin, contre la névralgie on pourra employer des opiacés ; si ce moyen ne réussit pas, il faudra avoir recours aux injections sous-cutanées, préconisées par MM. Béhier, Courty, etc. ; les préparations arsenicales, recommandées par MM. Bazin, Cahen, etc., seront d'une grande utilité dans les cas de névralgies rebelles aux moyens précédents.

Érythème noueux.

L'érythème noueux, décrit en Allemagne par Schœnlein sous le nom de *pélioïse rhumatismale*, à cause des rapports qu'il présente avec le rhumatisme, est une fièvre pseudo-exanthématique caractérisée par une éruption de plaques rouges, dures et douloureuses siégeant spécialement sur les membres.

Étiologie. — L'érythème noueux attaque surtout les rhumatisants; on l'observe aussi chez les femmes mal ou non réglées; le froid humide est sa principale cause occasionnelle.

Symptomatologie. — L'éruption est précédée généralement de fièvre, de douleurs vagues, rhumatoïdes, dans les membres qui doivent être attaqués; elle se présente sous la forme de taches d'une couleur rouge foncé, ovales, de quelques millimètres à 4 ou 5 centimètres d'étendue; elles sont situées sur la face antérieure du membre; leur grand diamètre est parallèle à l'axe du membre. Elles sont en plus ou moins grand nombre, peuvent se réunir par leurs bords, sont très-douloureuses; par le toucher, on constate qu'elles reposent sur une induration qui donne à leur surface un aspect noueux. Au bout de quelques jours, les plaques deviennent moins dures, et elles disparaissent progressivement après une durée d'environ quinze jours; elles laissent après elles des taches bleues ou jaunâtres, ayant un peu l'apparence d'ecchymoses. La fièvre et les douleurs peuvent accompagner

l'éruption; généralement elles cèdent dans les premiers jours.

Diagnostic. — L'érythème noueux nous paraît suffisamment caractérisé par la forme, le siège, la disposition des plaques, l'induration sous-jacente. Il serait difficile de le confondre avec une urticaire, qui se distingue par la coloration blanchâtre de la papule centrale et la promptitude avec laquelle elle disparaît; encore moins avec un érysipèle qui ne présente pas la multiplicité des plaques de l'érythème noueux.

Pronostic. — L'érythème noueux ne doit inspirer aucune inquiétude.

Traitement. — A moins de complication, une diète modérée, quelques agents laxatifs, des boissons rafraîchissantes, doivent suffire dans le traitement de l'érythème noueux. L'éruption ne demande aucun soin spécial.

Eczéma rubrum généralisé.

Nous nous étendrons moins sur les pseudo-exanthèmes que nous allons étudier : ils se rencontrent en effet plus fréquemment à l'état chronique que sous la forme de fièvre pseudo-exanthématique; aussi la description complète de leurs caractères extérieurs est-elle mieux placée dans les traités des maladies de la peau.

L'*eczema rubrum généralisé* est caractérisé par une éruption vésiculeuse reposant sur des plaques rouges, disséminées sur plusieurs endroits de la surface du corps, et se terminant par résolution.

Étiologie. — L'*eczema rubrum* attaque surtout les sujets d'artreux; les émotions morales, l'action d'une chaleur trop vive, peuvent provoquer son apparition.

Symptomatologie. — Un mouvement fébrile et des démangeaisons sur le point qui sera le siège de l'éruption précèdent le développement de l'*eczema rubrum*. L'éruption présente les caractères suivants : ce sont d'abord des plaques rouges de dimensions variables, quelquefois confluentes et pouvant ainsi recouvrir toute une région, toute la face par exemple. Sur ces plaques apparaissent bientôt de petites vésicules; qui ne tardent pas à s'affaisser ou à se rompre et sont remplacées, soit par une desquamation furfuracée, soit par des croûtes jaunâtres qui recouvrent des surfaces enflammées et légèrement ulcérées (Bazin). La maladie dure habituellement quinze jours pendant lesquels se font deux ou trois poussées vésiculeuses. L'*eczema rubrum*, comme l'érysipèle, récidive très-fréquemment.

Diagnostic. — L'*eczema rubrum* peut être confondu avec un érysipèle; cependant celui-ci est mieux localisé, présente un bourrelet sur les limites de l'éruption, et souvent de grosses bulles qu'on n'observe pas dans l'*eczema rubrum*.

Pronostic. — L'*eczema rubrum* est une maladie plus sérieuse que les précédentes, spécialement à cause des récidives fréquentes auxquelles est exposé le malade.

Traitement. — Ce sont toujours les principes de la méthode naturelle et analytique qui doivent nous guider dans le traitement de l'*eczema rubrum*.

Pityriasis aigu disséminé.

Le pityriasis existe très-rarement à l'état de pseudo-exanthème, bien plus souvent il est parasitaire ou symptomatique d'une affection dartreuse.

Le pityriasis pseudo-exanthématique est caractérisé par de petites taches rouges sur lesquelles l'épiderme est promptement soulevé et tombe en écailles furfuracées.

Étiologie. — Nous ne pouvons rien dire de bien précis sur les causes du pityriasis aigu : le froid, les écarts de régime ont été accusés de le produire ; il faut en outre une disposition particulière que l'on retrouve surtout chez les rhumatisants et les dartreux.

Symptomatologie. — La marche du pityriasis est celle des affections précédemment décrites ; quant aux symptômes caractéristiques de l'éruption, ils consistent dans des taches d'un rouge vif, pouvant se réunir de manière à former de larges plaques ; l'épiderme se soulève et tombe d'abord en lamelles, puis en écailles furfuracées ; à ce moment, la rougeur a disparu. La maladie dure quinze jours et plus, au moyen d'éruptions successives.

Diagnostic. — Le diagnostic du pityriasis aigu n'offre pas de grandes difficultés ; le point important est de distinguer entre elles les différentes espèces de pityriasis. Nous renvoyons pour cela aux traités spéciaux, particulièrement à l'ouvrage de M. Bazin.

Pronostic. — Le pityriasis aigu se termine toujours par résolution.

Traitement. — Il repose sur les mêmes principes si souvent indiqués.

Pemphigus aigu.

Le pemphigus, très-rare également, est une fièvre pseudo-exanthématique caractérisée par une éruption de bulles de dimensions variables, reposant sur un fond rouge, et se terminant par desquamation.

Étiologie. — Les causes sont à peu près inconnues; nous ne savons nullement pourquoi on voit apparaître un pemphigus plutôt qu'un pityriasis ou tout autre exanthème.

Symptomatologie. — La marche est celle de tous les pseudo-exanthèmes: d'abord, mouvement fébrile, suivi de l'apparition sur différents points de taches rouges, sur lesquelles se montrent des bulles dont la grosseur est environ celle d'une noisette. Quelques jours après, les bulles se flétrissent et sont remplacées par des croûtes; celles-ci tombent à leur tour, laissant des taches violacées qui ne disparaissent qu'après un certain temps.

Le *diagnostic* est très-simple: le *pronostic* sans gravité; le *traitement*, celui de tous les pseudo-exanthèmes.

Herpès.

L'herpès, qui pendant longtemps a servi de terme générique aux maladies de la peau, est caractérisé par une éruption de vésicules réunies en groupe sur une surface enflammée, et séparées par des intervalles de peau saine.

L'herpès, que nous avons bien souvent observé, ne nous a généralement pas paru revêtir dans sa marche les allures d'une véritable fièvre pseudo-exanthématique; plus souvent nous l'avons vu constituer la crise d'une affection catarrhale; c'est en général aux lèvres qu'il apparaît, d'où le nom qu'on lui a alors donné d'*herpes labialis*. Les vésicules sont bientôt remplacées par des croûtes minces et jaunâtres, qui tombent en laissant à leur place des taches rouges, ou de légères excoriations si le malade a écorché les croûtes.

L'herpès ne demande aucun traitement, puisqu'il est critique.

Auteurs à consulter. — Nous recommandons tout spécialement, pour l'étude des pseudo-exanthèmes, l'ouvrage de M. Bazin, intitulé: *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, travail dont nous nous sommes beaucoup inspiré pour la rédaction de cet article.



GENRE V. — Fièvres synergiques.

Qu'entend-on par synergie? « Lorsque, en conséquence de la fonction d'un organe, dit M. Lordat, un ou plusieurs autres entrent en mouvement pour exécuter une fonction dont l'affection du premier est naturellement incitatrice, ou pour constituer la forme essentielle d'une maladie, d'une fonction morbide, il faut dire que les actes secondaires sont, non pas des sympathies, mais des affections synergiques¹ » L'air est l'agent incitateur de la respiration ; à la suite de l'impression qu'il produit, le poumon se dilate, les muscles respiratoires lui viennent en aide pour exécuter sa fonction ; il y a là un but à atteindre, il y a synergie. La sympathie est un phénomène d'un ordre différent. « Un organe, dit encore M. Lordat, est dit être en sympathie avec un autre, lorsqu'une certaine impression perçue par la cause de l'individualité vitale dans un de ces organes détermine cette cause à produire dans l'autre une affection insolite de sensation, de mouvement ou de quelque espèce que ce soit² » La sympathie est un acte morbide ajouté à un autre acte morbide déjà existant, et nullement nécessaire à l'évolution de la ma-

¹ Lordat ; *Exposition de la doctrine médicale de Barthez*, pag. 181.

² Lordat ; *loc. cit.*, pag. 180.

ladie; la synergie a un but, la sympathie n'en a pas. Le lecteur est peut-être surpris de nous voir employer cette expression surannée de sympathie: nous lui devons quelques explications sur ce point. Il est bien évident qu'en parlant encore des sympathies, nous ne songeons nullement à nier ces phénomènes particuliers par lesquels on a voulu les remplacer, et qu'on a désignés sous le nom d'actions réflexes. Les expériences ont établi la réalité de ces faits sur des preuves irréfutables, et la science doit forcément les admettre; mais nous ne pensons pas, ainsi que le veulent quelques-uns, qu'ils puissent encore tout expliquer dans l'ordre pathologique. Par rapport aux sympathies, par exemple, ils nous en donnent le *modus faciendi*, mais laissent subsister le fait dans toute son intégrité. Que des vers intestinaux déterminent la dilatation de la pupille ou même des convulsions par action réflexe; que le fœtus dans l'utérus détermine des vomissements par action réflexe, nous l'admettons sans peine; mais a-t-on tout expliqué quand on a découvert la manière dont se produit le phénomène? Nous a-t-on dit pourquoi l'effet n'est pas continu, quand sa cause cependant persiste? Pourquoi les convulsions, par exemple, ne durent pas tant que les ascarides sont dans le tube intestinal? pourquoi encore la femme enceinte ne vomit pas continuellement pendant la gestation? Nous a-t-on dit pourquoi les accidents varient à chaque instant pour une seule et même lésion: pourquoi par exemple, l'évolution dentaire détermine, tantôt des convulsions, tantôt de la diarrhée, tantôt des éruptions cutanées, etc.? La disposition anatomique ne change pas cependant, et si la moelle réagit sur certains organes plutôt que sur d'autres, c'est qu'il y a chez l'indi-

vidu une disposition particulière et inconnue qui détermine la forme des accidents : c'est là la sympathie.

Maintenant que nous savons ce que c'est que la synergie, que nous l'avons distinguée de la sympathie, demandons-nous s'il existe des fièvres synergiques et comment il faut les comprendre. La réponse à la première est bien simple pour les médecins qui, comme Sydenham, Cayol et M. Chauffard, font de la maladie un effort toujours salutaire de la nature. « La maladie, dit en effet Sydenham, n'est autre chose qu'un effort de la nature, qui, pour conserver le malade, travaille de toutes ses forces à évacuer la matière morbifique ¹ » Pour M. Cayol, « la maladie est encore une réaction accidentelle contre une cause accidentelle de trouble ² » Enfin, M. Chauffard définit la maladie : « Une évolution d'actes anormaux reconnaissant comme cause une impression vitale morbifique qui surmonte la résistance de l'activité saine, et provoque une tendance active au rétablissement ³. » Une telle doctrine conduit forcément à l'admission de fièvres synergiques : la fièvre doit, en effet, être placée au premier rang des actes morbides avec tendance salutaire ; toutes les pyrexies sont synergiques. Il n'entre pas dans notre plan de discuter ces théories ; on en trouvera une réfutation complète dans plusieurs écrits émanés de cette École, en particulier dans l'article critique de l'ouvrage de M. Chauffard, par M. le professeur Jaumes, inséré dans le dixième volume du *Montpellier médical*. On y verra qu'une conception semblable de la maladie est inacceptable,

¹ Sydenham ; *Médecine pratique*, tom. I, pag. 4.

² Cayol ; *Clinique médicale*.

³ Chauffard ; *Principes de pathologie générale*, pag. 217.

démentie par les faits ; que par conséquent, pour revenir à notre sujet, toutes les fièvres ne sont pas synergiques.

Mais parmi les diverses et nombreuses circonstances dans lesquelles on observe un mouvement fébrile, en existe-t-il quelques-unes qui permettent d'attribuer à cet élément le rôle d'agent médicateur ? La question, posée en ces termes, devient plus discutable. Nous voyons souvent, par exemple, certaines fonctions, la menstruation, la sécrétion lactée, être accompagnées et même précédées par un mouvement fébrile. La fièvre est-elle nécessaire ; sans elle la fonction ne pourrait-elle s'établir ? Voilà ce que nous devons examiner. Bordeu avait résolu la question d'une manière affirmative. « Les mamelles qui s'étaient mises en orgasme pour travailler le lait, dit-il, redoublent d'effort et enlèvent ainsi à la matrice une partie de la sérosité cellulaire dont l'autre forme les vidanges. Il survient un mouvement fiévreux *qui préside* à ce labeur et aux coctions nécessaires, qui ébranle tout le corps, qui ouvre la peau, qui porte en haut des torrents d'humeurs que la grossesse dérivait vers le bas ¹, etc. » M. Lordat, dans sa classification des fièvres, accorde également une place particulière aux fièvres synergiques, auxquelles il donne le même sens que Bordeu ²

Examinons à notre tour les faits, et d'abord rappelons les principes généraux que nous avons posés à propos de la fièvre. La fièvre, avons-nous dit, est un acte morbide caractérisé par une plus grande fréquence du pouls et par l'augmentation de la chaleur ; peu importe en ce moment

¹ Bordeu ; *Analyse médicale du sang*. (Œuvres complètes, tom. II, pag. 953.)

² Lordat ; *Perpétuité de la médecine*,

de savoir quel est le fait initial, quelle est la nature de ces phénomènes ; ce qu'il nous faut uniquement retenir, c'est que la fièvre n'est qu'un acte morbide.

Or, dans les fièvres éruptives, qu'on a données comme le type des synergiques, on voit pendant la période d'invasion un malaise général accompagné de troubles divers suscités par la préparation de l'éruption. Naturellement, à la suite de ces troubles, le système circulatoire s'émeut, les phénomènes nutritifs s'altèrent. Dans ce cas, nous voyons bien que la préparation de l'éruption s'accompagne de mouvement fébrile, mais nous ne voyons pas du tout que les phénomènes qui caractérisent la fièvre soient utiles au développement de l'éruption. Nous sommes donc forcé ici, malgré notre répugnance pour ce mode de raisonnement, de dire que la fièvre existe, non pour préparer l'éruption, mais parce que l'éruption se prépare.

Dans les fièvres dites synergiques, la fièvre de lait, la fièvre menstruelle, même chose se passe. Par suite de l'état de souffrance de l'utérus, des mamelles, tout l'organisme, réagissant sympathiquement, ressent un malaise, un trouble général, et la fièvre se produit. Encore ici, nous sommes obligé de dire que la fièvre existe, non pour préparer la sécrétion lactée, la fonction menstruelle, mais parce que la sécrétion lactée, la fonction menstruelle se préparent. Et, du reste, si la fièvre était nécessaire, pourquoi manquerait-elle dans certains cas ? elle devrait, il nous semble, constamment précéder les fonctions qu'elle est, dit-on, destinée à établir : or, tel n'est pas le cas des fièvres synergiques ; l'accélération du pouls, l'augmentation de la chaleur, font souvent défaut ; on les observe surtout quand la fonction a quelque peine à s'établir.

« En raison de la coïncidence de la sécrétion lactée avec la fièvre, dit M. Delvaille dans une excellente thèse, il convient d'admettre que ces deux phénomènes sont essentiellement liés l'un à l'autre. Je crois que dans beaucoup de cas, et lorsque aucune idiosyncrasie ne vient changer la scène physiologique, la sécrétion lactée se fait peu à peu et sans secousses, et qu'elle ne se manifeste point à l'attention de l'observateur. L'effort de la nature pour favoriser la production et la sortie du lait, qui sont la véritable crise de ce mouvement fluxionnaire, ne trouvant pas d'obstacle sur son chemin, ne produit dans l'organisme aucun désordre. D'un autre côté, il arrive que chez quelques femmes prédisposées, les primipares et les femmes vigoureuses et irritables, la fonction lactigène a quelques difficultés à s'établir et provoque des réactions fébriles, conséquence de l'inflammation de tout l'appareil mammaire. L'intensité de la fièvre correspond au degré de cette inflammation ¹ » Remplaçant l'idée d'inflammation par celle d'un obstacle quelconque apporté à la sécrétion lactée, nous dirons aussi que la fièvre ne dépend que de la présence de l'obstacle, et qu'elle est proportionnelle à l'intensité de cet obstacle.

En résumé, dans l'établissement de toute fonction, soit hygide, soit morbide, il y a une tendance salutaire de la nature, tendance qui est quelquefois entravée dans sa marche ; la fièvre se produit alors, mais ne constitue jamais elle-même l'effort : la fièvre, comme nous le disions au

¹ Camille Delvaille ; *De la fièvre de lait. Études critiques et cliniques*, Montpellier, 1862.

début de ce travail, est symptomatique de l'effort que fait la nature pour surmonter l'obstacle. Ce n'est donc pas la fièvre, c'est-à-dire l'accélération du pouls, qui est synergique; c'est l'effort lui-même. Nous pouvons conserver, avec ces réserves et ces explications, l'expression de fièvres synergiques, que nous aimerions peut-être mieux appeler fièvres sympathiques, et nous les définirons : « des efforts que fait la nature pour établir certaines fonctions, efforts accompagnés de fièvre ».

L'histoire particulière de chacune des fièvres synergiques nous paraît maintenant inutile à faire. Leur symptomatologie est constituée simplement par le mouvement fébrile avec ses symptômes habituels, accompagné de phénomènes particuliers du côté des organes qui doivent être le siège de la fonction. Ces différents symptômes présentent plus ou moins d'intensité, suivant la nature, le degré de l'obstacle lui-même; on trouvera dans les Traités d'accouchements l'histoire de la fièvre de lait, et celle de la fièvre menstruelle dans les articles des Traités de pathologie interne consacrés à l'étude des troubles de la menstruation.

La fièvre synergique ne réclame pas de traitement spécial par elle-même; c'est contre l'obstacle qu'il faut diriger tous les efforts de la thérapeutique. La diète, le repos, quelques boissons rafraîchissantes, tels sont les seuls moyens que demande la fièvre synergique.



CLASSE II. — FIÈVRES SYMPTOMATIQUES.

1^{er} GENRE. — Fièvre symptomatique ordinaire.

La fièvre, nous l'avons dit ailleurs, est toujours symptomatique, soit d'un état morbide essentiel, soit d'une lésion organique. Nous avons appelé fièvres essentielles les états morbides que l'état actuel de la science nous force encore à considérer comme indépendants de toute altération anatomique, existant par eux-mêmes, et dont la fièvre constitue le fait principal ; nous donnons le nom de fièvres symptomatiques aux mouvements fébriles qui trouvent leur cause dans une lésion anatomique, parfaitement déterminée, de l'organisme.

La définition n'est donc pas difficile à donner, et la distinction entre les fièvres symptomatiques et essentielles sera toujours aisée, si l'on ne considère dans chaque grande classe que les types qui les caractérisent. Ainsi, il sera impossible de confondre la fièvre provenant d'un phlegmon, d'un panaris, et la fièvre préparatoire d'un exanthème. Mais si nous prenons les cas intermédiaires, formant le passage entre les différentes classes, la délimitation n'est plus aussi simple. Par exemple, M. Hirtz remarque avec juste raison qu'il existe des phlegmasies fébriles où la fièvre naît avant, quelquefois même précède

l'inflammation locale, pour cesser avant elle, et que de plus ces phlegmasies parcourent des types réguliers comme les grandes pyrexies, et sont susceptibles, comme elles, de terminaisons critiques¹ M. Hirtz range ces phlegmasies dans une classe intermédiaire entre les pyrexies pures et les phlegmasies primitives et localisées, classe qui est constituée par trois grandes espèces : la pneumonie franche, l'érysipèle spontané et le rhumatisme polyarticulaire fébrile. Nous avons déjà dit comment nous comprenions la fièvre de l'érysipèle spontané. Dans le rhumatisme, la fièvre se présente dans des conditions variables: tantôt, en effet, elle joue un rôle prédominant, précède, domine les fluxions articulaires, quelquefois, du reste, dans ces cas très-peu accentuées ; on peut alors la considérer comme une véritable fièvre rhumatismale dont les caractères, ainsi que nous l'avons dit plus haut, se rapprochent beaucoup de ceux des fièvres catarrhales ; d'autres fois, au contraire, la lésion articulaire constitue l'élément prédominant ; la fièvre est franchement symptomatique. La fièvre rhumatismale rentre donc toujours dans une des deux grandes classes que nous avons établies, et il nous paraît irrationnel de constituer pour elle une division particulière. Reste enfin la pneumonie (et avec elle du reste toutes les inflammations locales), dans laquelle se présentent réellement toutes les difficultés que nous signalions plus haut.

On ne peut méconnaître, en effet, que la pneumonie n'apparaisse quelquefois que consécutivement à la fièvre: doit-elle dans ces cas être considérée comme une fièvre

¹ *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* art. *Fièvre*, pag. 743.

primitive, essentielle? Il y a là une question intéressante à étudier.

MM. Béhier et Hardy n'ont pas hésité à considérer la fièvre comme étant toujours dans ces cas secondaire. « D'abord, disent-ils¹, les inflammations traumatiques établissent clairement que le désordre local peut entraîner tout à fait consécutivement des phénomènes généraux. Si on en appelle aux faits, il n'est pas rare de voir des organes présenter des signes non équivoques d'inflammation tout à fait locale, bien avant la manifestation des phénomènes généraux. Ainsi, bon nombre de fois les amygdales sont positivement enflammées avant que les phénomènes généraux se déclarent; tandis que dans d'autres exemples, au contraire, les symptômes fébriles intenses précèdent les manifestations locales vers les amygdales. Il en est de même des bronchites, et il n'est pas très-rare de voir de véritables inflammations parenchymateuses du poumon exister presque sans réaction fébrile. Ces différences de réaction sont même un argument considérable contre l'opinion que nous examinons ici, surtout quand on voit les circonstances d'âge, de force, de constitution et de forme de tempérament jouer un rôle aussi considérable que celui qui leur est réservé dans la production ou dans l'absence du développement des phénomènes réactionnels, comme aussi dans la forme qu'ils peuvent présenter. Nous tenons donc pour impossible la démonstration de l'opinion qui fait de l'altération organique locale la conséquence d'une altération générale

¹ Béhier et Hardy; *Traité élémentaire de pathologie interne*, tom. II, pag. 97.

antérieure de l'économie, la manifestation d'une diathèse inflammatoire préexistante. »

Voilà donc en présence deux opinions très-nettes et parfaitement opposées. Que décider? que croire? La fièvre, dans ces inflammations locales, est-elle symptomatique et secondaire, ou primitive et essentielle? La vérité nous paraît être aussi bien dans l'une que dans l'autre opinion. Ainsi que nous l'avons fait remarquer dans un autre travail ¹, il est bien évident, en effet, que si l'on voulait constamment rattacher l'inflammation à l'existence préalable d'une affection générale, la doctrine serait souvent en défaut; et tout d'abord, les inflammations traumatiques ne pourraient se plier à cette théorie. Mais, très-souvent aussi, les premiers symptômes qui apparaissent indiquent l'existence d'une affection générale; il faut donc admettre que le processus morbide n'est pas toujours le même : dans certains cas, le mal naît, vit et meurt, en restant toujours local, sans même provoquer le moindre mouvement fébrile; d'autres fois, d'abord local, il suscite ensuite une réaction générale : c'est la généralisation de ces faits qui a donné naissance à la doctrine de Broussais; enfin, dans d'autres circonstances, l'impression est primitivement générale et ne se localise que plus tard. Ainsi, dans la pneumonie traumatique, la fièvre est évidemment symptomatique; mais dans la pneumonie catarrhale c'est d'abord l'affection générale qui entre en scène, et qui plus tard se localise sur le poumon; la lésion est secondaire, la fièvre est primitive. C'est donc à l'analyse clinique à distinguer les cas dans lesquels la fièvre est primitive ou

¹ *Introduction à l'étude des inflammations. Montpellier médical, novembre 1865 et janvier 1866.*

secondaire ; quant à la pneumonie en elle-même, il est impossible de la considérer comme une fièvre essentielle ; cette observation s'applique également à toutes les inflammations locales. La distinction que nous établissons n'est pas toujours dans la pratique chose facile ; mais, par une observation attentive de tous les phénomènes, on peut finir par arriver à reconnaître le véritable caractère de la fièvre qui accompagne les inflammations locales ; forcément, cette fièvre doit toujours être ou essentielle ou symptomatique ; nous ne voyons donc pas de raison suffisante pour créer une classe distincte en faveur de ce groupe d'états morbides.

Nous ne pouvons en ce moment songer à faire l'histoire de toutes les fièvres symptomatiques, qui, du reste, à quelques modifications près, se ressemblent. L'étude de ces fièvres doit forcément marcher avec celle des altérations qui leur donnent naissance ; il nous suffira ici de poser quelques principes généraux applicables à tous les cas particuliers.

Le premier et le plus important est le suivant : Quand le mouvement fébrile persiste, et qu'on s'est assuré qu'on n'a nullement affaire à une fièvre continue de longue durée, il faut examiner avec soin les différentes parties du corps, et on trouvera toujours dans quelque point une lésion d'organe qui expliquera la persistance de la fièvre. Seulement, et c'est ici un second principe d'une non moins grande valeur, il faut savoir que l'intensité du mouvement fébrile ne sera nullement en rapport avec l'étendue et la gravité de l'altération anatomique. Le système vivant

ne se laisse pas toujours impressionner de la même manière, et il peut répondre par des modes bien divers à une provocation identique. Qui n'a pas vu des phthisiques arrivés à la dernière période porter de larges cavernes sans paraître en être grandement impressionnés, tandis que quelquefois il suffira de quelques granulations disséminées dans le tissu pulmonaire pour provoquer un mouvement fébrile très-intense !

Cette dernière proposition est tellement vraie que, dans certains cas même, la lésion échappe complètement aux investigations les plus minutieuses, et qu'on est obligé dès lors de se demander si c'est l'altération organique qui a produit la fièvre, ou bien si ce ne serait pas plutôt la fièvre qui aurait engendré la lésion. La question que nous soulevons maintenant n'est pas identique, qu'on le remarque bien, à celle que nous venons de discuter. Tout à l'heure, il s'agissait de maladies aiguës; maintenant c'est à des altérations ordinairement chroniques que nous avons affaire.

Or, ici, les difficultés sont peut-être plus grandes et le problème plus difficile à résoudre. Ainsi, par exemple, Stokes, Wunderlich, MM. Colin, Empis, Fournet, ont prétendu que dans la phthisie granuleuse généralisée la fièvre apparaissait souvent avant les altérations pulmonaires, pendant que Laënnec, MM. Andral, Louis, Hérard et Cornil¹, soutenaient l'opinion contraire.

Sans entrer dans le débat, nous ferons remarquer qu'avant d'affirmer l'existence d'une fièvre précédant le développement des lésions, il faudrait être au moins bien

¹ Hérard et Cornil; *De la phthisie pulmonaire, etc.*, pag. 329. Paris, 1867.

certain que ces lésions en effet n'existent pas. Or, quelque confiance que nous ayons dans la puissance de l'auscultation et des autres moyens physiques d'exploration de la poitrine, nous croyons que des granulations peuvent parfaitement exister disséminées dans le poumon, sans donner lieu à aucun symptôme extérieur qui les manifeste, par conséquent aussi sans produire de la fièvre. Sans nier la possibilité du fait, nous croyons en conséquence bien difficile d'admettre l'existence de fièvres essentielles, productrices de lésions à marche habituellement chronique. Dans tous les cas, une conclusion pratique importante, et c'est le troisième principe que nous voulions poser, nous paraît dominer cette discussion théorique. Il faut en effet reconnaître qu'une fièvre symptomatique peut exister en dehors de toute lésion apparente; le médecin ne doit donc pas dès lors se décourager si un premier examen ne lui permet pas de découvrir la cause productrice de cette fièvre; qu'il répète, qu'il multiplie ses investigations, et, la lésion progressant, il finira par trouver la cause qui lui avait une première fois échappé.

Les phénomènes par lesquels se manifeste la fièvre symptomatique sont ceux que nous avons assignés à tout mouvement fébrile : augmentation de la chaleur, accélération du pouls; ces deux phénomènes varient d'intensité, de durée, selon la cause qui leur a donné naissance; quelquefois, la fièvre persiste longtemps, comme la lésion qui l'entretient; dans d'autres cas elle peut n'avoir qu'une courte durée, si l'altération organique est mobile et passagère. Les caractères de la fièvre peuvent aussi différer: tantôt elle est franchement intermittente, quelquefois continue,

le plus souvent rémittente. Les symptômes qui accompagnent la fièvre varient aussi selon la nature de la lésion : ainsi, on connaît ces frissons si fréquemment répétés qui accompagnent l'infection purulente, ou pour mieux dire la production de pus dans l'organisme, quels que soient son siège et son abondance; on sait aussi que la fièvre qui marque le début des phthisies pulmonaires à marche rapide s'accompagne fréquemment de troubles digestifs assez accentués; la dyspepsie, avec légères exacerbations le soir, est souvent le seul symptôme qui existe dans les premiers temps de la tuberculisation, avant même quelquefois que la tuberculisation soit soupçonnée.

Mais les éléments du diagnostic ne sauraient se trouver dans la présence ou l'absence de ces phénomènes; ce sont la durée, la persistance de la chaleur, de l'accélération du pouls, qui doivent surtout éveiller l'attention du praticien : dès qu'il verra une fièvre que l'observation lui aura démontré ne se rattacher en aucune manière au groupe des pyrexies continues et rémittentes que nous avons étudiées ; dès qu'il la verra résister aux remèdes habituellement employés, le sulfate de quinine par exemple, il devra plus fortement soupçonner l'existence d'une lésion organique plus ou moins importante, et examiner avec la plus grande attention tous les organes, pour remonter à l'origine du mal.

Le pronostic d'une fièvre symptomatique est toujours intimement lié à celui de la lésion qui l'a produite et l'entretient ; celle-ci disparaissant, les phénomènes fébriles s'arrêteront aussi : *Sublatâ causâ tollitur effectus*. L'apparition de la fièvre est toujours une chose fâcheuse dans

le cours d'une lésion organique ; c'est là en effet l'indice que celle-ci n'est plus aussi bien tolérée.

Quant au traitement, il doit surtout s'adresser à la lésion anatomique, cause première de la fièvre ; toutefois il sera permis d'employer certains agents qui peuvent modérer l'intensité des phénomènes de calorification et de circulation ; nous en parlerons tout à l'heure, quand nous étudierons le traitement de la fièvre hectique.

Maintenant, si nous voulons pénétrer dans la nature intime des phénomènes et rechercher la véritable cause de la fièvre qui se développe dans le cours des lésions organiques, nous serons ici, comme sur bien d'autres points de l'histoire des phénomènes vitaux, profondément embarrassés. Nous comprenons très-bien qu'en présence de la souffrance d'un organe, le système circulatoire s'émeuve, les phénomènes de calorification s'exagèrent ; le consensus qui relie les diverses parties de l'organisme nous rend parfaitement compte du phénomène. Mais sur quel appareil porte l'impression première ; quelle est la cause vraie du retentissement général qui s'établit ? C'est ici que les difficultés se présentent.

Si, par exemple, nous étudions les théories diverses qui ont été données de la fièvre traumatique, fièvre qu'on peut considérer comme le type des fièvres symptomatiques, nous verrons que toutes sont passibles de reproches plus ou moins graves, et que par conséquent une doctrine vraie, à l'abri de toute objection, est encore à édifier. Ainsi, on a pu croire que l'élévation de température de la partie enflammée était la cause de la fièvre (O. Weber) ;

cette partie enflammée serait, suivant la comparaison de Billroth, semblable à un petit fourneau qui placé dans une chambre finit par l'échauffer, et verserait ainsi dans l'organisme une plus grande quantité de chaleur. Mais les expériences ont démontré que bien des fois la chaleur de la partie enflammée n'était pas supérieure à la température normale du corps, et par conséquent il devient impossible de rattacher la fièvre à cette cause.

Billroth a proposé une autre théorie, d'après laquelle la fièvre traumatique dépendrait essentiellement d'un état d'intoxication du sang, et serait provoquée par diverses substances (de nature moléculaire) qui se rendraient du foyer inflammatoire dans le torrent circulatoire¹; mais, ainsi que l'a fait remarquer M. Blum², les expériences de Billroth sont trop en contradiction avec l'observation directe des phénomènes qui se passent dans l'homme malade, pour que cette théorie puisse être admise.

Serait-ce sur le système nerveux que porterait l'impression première? La chose pourrait être soutenue à la rigueur pour la fièvre traumatique, où l'ébranlement nerveux joue un rôle considérable; mais, dans la fièvre symptomatique de la présence de quelques tubercules isolés dans le poumon, le fait nous paraît plus difficile à admettre. Nous ne savons malheureusement pas encore assez en quoi consiste la fièvre pour que nous comprenions

¹ Voir dans les *Archives de médecine* la traduction du mémoire de Billroth emprunté aux *Archives de chirurgie clinique de Langenbeck*, et intitulé: *Études expérimentales sur la fièvre traumatique et sur les maladies traumatiques accidentelles*. 1865 et 1866.

² Blum; *Étude sur la fièvre traumatique primitive*. *Archives de médecine*, tom. I, pag. 414. 1869.

bien son mode de production dans les cas de lésion organique ; les réserves que nous avons faites dans notre premier chapitre sur la nature elle-même de la fièvre, nous sommes obligé de les répéter ici : il nous est impossible de rien affirmer tant que la science n'est pas mieux édifiée sur l'essence de l'acte fébrile.

Les fièvres symptomatiques peuvent être partagées en deux grands ordres : les fièvres symptomatiques simples et les fièvres hectiques. Les réflexions qui précèdent s'appliquent au premier groupe ; il nous reste à dire quelques mots du second, des fièvres hectiques.

II. GENRE. — Fièvre Hectique.

La fièvre hectique se distingue de la précédente par sa longue durée et par la présence de quelques symptômes particuliers. La fièvre hectique ne se rencontre que dans les lésions les plus graves, les plus profondes et à peu près fatalement mortelles ; souvent elle est due à l'altération du sang par le pus, qu'il soit absorbé en nature, ou que, comme le veut Virchow, ses parties fluides passent seules dans le torrent circulatoire ¹

La fièvre hectique ne présente pas toujours, quoi qu'on en ait dit, une marche régulière ; ses caractères varient aussi selon la nature de la lésion qui la produit : ainsi, dans l'ectique tuberculeuse, les phénomènes abdominaux sont généralement plus marqués que dans toute autre espèce d'ectique. Du reste, la fièvre hectique ne débute que rarement avec les symptômes qui la caractérisent ; elle se présente d'abord sous les traits d'une symptomatique ordinaire, affectant un des trois types intermittent, continu ou rémittent, et à mesure que la lésion progresse, elle se dessine, et enfin finit par revêtir ses allures propres ; inutile d'ajouter que son apparition indique une aggravation considérable dans la marche de la maladie.

La fièvre est généralement alors rémittente ; les exa-

¹ Virchow ; *Pathologie cellulaire* : *Pyohémie et Leucocytose*.

cerbations ont lieu tous les soirs, précédées quelquefois de frisson, dans d'autres cas d'une simple sensation de froid sans tremblement; la chaleur, ordinairement pénible à supporter pour le malade, n'est cependant pas très-élevée, et le thermomètre n'accuse quelquefois qu'une augmentation de 1 à 2 degrés. Dans les fièvres suppuratives, il peut y avoir plusieurs exacerbations, toujours précédées de frissons, et cette répétition continuelle d'alternatives de chaud et de froid est un signe excellent pour le diagnostic. La chaleur est constamment suivie de sueurs, généralement abondantes, qui se manifestent surtout à la fin de la nuit. En même temps, la nutrition est profondément altérée, on observe un amaigrissement extrême, les traits se tirent; le faciès prend un aspect particulier qu'on a désigné sous le nom de faciès hippocratique; une diarrhée abondante et souvent incoërcible se déclare; de l'œdème, toujours plus marqué le soir, apparaît d'abord aux malléoles, puis dans une plus grande étendue des membres; souvent du muguet tapisse la cavité buccale; au milieu de cet affaiblissement extrême, l'intelligence reste ordinairement saine, tout au plus apparaît-il dans les derniers jours de la maladie un état de subdelirium très-léger. Le malade meurt après un temps de souffrances qu'il est difficile de déterminer, soit par l'aggravation progressive et constante de tous les symptômes, soit subitement, et dans ce cas la mort peut souvent être rapportée à quelque embolie provenant des coagulations qui existent dans les membres inférieurs.

Le tableau que nous venons de faire de la fièvre hectique peut subir quelques modifications suivant l'espèce

même de la fièvre, mais il reste toujours exact dans ses traits généraux.

Le diagnostic de la fièvre hectique est toujours facile; ses caractères sont assez nets pour qu'on ne puisse pas la confondre avec toute autre espèce fébrile; du reste, il suffit de connaître l'existence d'une lésion organique profonde, tubercules, cancer, etc., pour comprendre que la fièvre qui apparaît est bien une fièvre hectique. Il n'y a pas, en effet, de fièvre hectique sans lésion. Broussais avait bien admis au début de sa carrière une hectique essentielle; mais il dut se repentir plus tard d'avoir émis une opinion qui ne peut longtemps supporter l'examen.

Quant au pronostic, nous n'avons pas besoin d'insister pour en montrer toute la gravité; l'apparition de la fièvre hectique présage en effet toujours la fin prochaine du malade.

Le meilleur traitement de la fièvre hectique serait celui de la lésion organique qui l'entretient; malheureusement celle-ci ne peut être efficacement combattue par une médication quelconque, et l'apparition de la fièvre hectique n'est que la preuve trop évidente de l'impuissance complète de tous les moyens employés jusqu'alors; l'indication causale ne pouvant être remplie, c'est d'un traitement purement symptomatique qu'il faut se contenter. La fièvre se présentant habituellement sous le type rémittent, c'est aux antipériodiques, et particulièrement au sulfate de quinine, qu'on a le plus habituellement recours. Ainsi que nous l'avons dit ailleurs, cet agent, en dehors de ses propriétés spécifiques contre l'affection palustre, a aussi

une action antipériodique ; aussi arrête-t-il ou tout au moins diminue-t-il pendant quelque temps les accès ; mais, leur cause persistant, les exacerbations reparaissent bien vite, et le sulfate de quinine finit par perdre toute action. On peut souvent remplacer le sulfate de quinine par toute autre préparation de quinquina, poudre, macération, infusion ou décoction ; quand ces dernières sont bien supportées par le tube digestif, elles sont même peut-être préférables, comme plus toniques et s'adressant mieux à l'état général du sujet. L'arsenic est aussi employé souvent, mais il est encore ici moins efficace que dans les maladies paludéennes. Quant aux autres agents dits antifiébriles, digitale, véralrine, etc., ils n'ont généralement aucune action : tout au plus la digitale pourrait-elle rendre quelques services dans les symptomatiques simples, par exemple dans la fièvre qui accompagne les phthisies aiguës. Nous ne disons rien des affusions, des lotions froides, ces moyens sont complètement contre-indiqués.

Enfin, il est quelques symptômes qui par leur intensité méritent aussi une attention particulière : de ce nombre sont la diarrhée, les sueurs nocturnes, le muguet, l'insomnie, etc. Contre le premier de ces symptômes on emploiera les opiacés, les astringents, le sous-nitrate de bismuth, etc. ; aux sueurs nocturnes on opposera les préparations d'agaric blanc (25 centigrammes à 1 gram.), l'acétate de plomb neutre en pilules (10, 20, 30 centigrammes) ; M. Fonsagrives a conseillé la racine de ratanhia à la dose de 20 grammes dans 1000 grammes d'eau, qu'il administre sous forme de tisane ; contre le muguet, on prescrira des collutoires au borax, au chlorate de potasse ; enfin, les opiacés seront opposés à

l'insomnie. On a aussi conseillé le bromure de potassium, l'hydrate de chloral ; mais ces agents sont moins fidèles que les opiacés, et on ne doit y recourir que lorsqu'on a abusé de ces derniers moyens.

L'étude des fièvres symptomatiques prêterait encore à d'autres développements ; mais, nous le répétons, il est difficile de séparer leur histoire de celle des lésions qui leur donnent naissance ; nous avons dû nous contenter d'établir ici les principes généraux les plus indispensables pour bien faire comprendre leurs caractères.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE DE LA SECONDE ÉDITION	V
PRÉFACE DE LA PREMIÈRE ÉDITION.....	VII
DE LA FIÈVRE EN GÉNÉRAL.....	1
Définition.....	1
Caractères de la fièvre.....	4
Pathogénie de la fièvre.....	11
Étiologie de la fièvre.....	17
De la fièvre au point de vue du diagnostic....	17
De la fièvre au point de vue du pronostic.....	18
De la fièvre au point de vue du traitement.....	18
CLASSIFICATION DES FIÈVRES.....	20
CLASSE I. — FIÈVRES ESSENTIELLES.....	23
1 ^{er} GENRE. — FIÈVRES SPÉCIALES.....	23
FIÈVRE ÉPHÉMÈRE.....	23
Définition.....	23
Étiologie.....	23
Symptomatologie.....	24
Diagnostic.....	26
Pronostic.....	27
Traitement.....	27
FIÈVRE INFLAMMATOIRE.....	28
Définition.....	28
Étiologie.....	28
Symptomatologie.....	29
Complications, localisations..	32
Anatomie pathologique..	32
Diagnostic.....	32

Pronostic.....	33
Traitement.....	35
Auteurs à consulter.....	37
FIÈVRE BILIEUSE.....	37
Définition.....	37
Étiologie.....	38
Symptomatologie.....	39
Complications.....	43
Anatomie pathologique.....	44
Diagnostic.....	44
Pronostic.....	44
Traitement.....	45
Nature.....	46
Auteurs à consulter.....	47
FIÈVRE RÉMITTENTE BILIEUSE DES PAYS CHAUDS.....	47
Causes, symptômes et diagnostic.....	47
Anatomie pathologique.....	55
Traitement.....	56
FIÈVRE TYPHOÏDE BILIEUSE.....	57
Causes, symptômes et diagnostic.....	57
Lésions anatomiques.....	60
Traitement.....	61
Nature.....	61
FIÈVRE JAUNE.....	62
Étiologie.....	62
Symptomatologie.....	63
Anatomie pathologique.....	66
Traitement.....	69
Nature.....	70
FIÈVRE RÉCURRENTE.....	70
Symptomatologie.....	71
Étiologie.....	72
Traitement.....	72
Nature.....	72
FIÈVRE CATARRHALE.....	73
Définition.....	73

Étiologie.....	74
Symptomatologie.....	75
Complications.....	80
Diagnostic.....	82
Pronostic.....	82
Anatomie pathologique.....	83
Traitement.....	84
Nature.....	88
Auteurs à consulter.....	88
FIÈVRE MUQUEUSE.....	89
Historique.....	89
Définition.....	91
Étiologie.....	91
Symptomatologie.....	92
Complications.....	95
Anatomie pathologique.....	95
Diagnostic.....	96
Pronostic.....	96
Traitement.....	96
Nature.....	97
Auteurs à consulter.....	97
FIÈVRE TYPHOÏDE.....	97
Historique.....	97
Définition.....	108
Étiologie.....	110
Symptomatologie.....	116
Invasion.....	116
Première période.....	117
Deuxième période.....	126
Troisième période.....	129
Convalescence.....	130
Rechutes.....	131
Anatomie pathologique.....	132
Examen microscopique des plaques dures de l'intestin.....	135
Altérations du sang.....	141
Complications.....	142
États généraux.....	142
Méningo-encéphalite.....	147

Pneumonie.....	148
Péritonite.....	148
Hémorrhagies.....	149
Entérite.....	150
Otite.....	150
Érysipèle.....	150
Variétés.....	151
Diagnostic.....	152
Pronostic.....	157
Traitement.....	158
Nature.....	167
Auteurs à consulter.....	172
TYPHUS DES ARMÉES.....	173
Caractères, symptômes, nature.....	173
Traitement.....	177
TYPHUS FEVER.....	177
Caractères, symptômes, nature.....	177
FIÈVRE ATAXO-ADYNAMIQUE.....	179
Définition.....	179
Étiologie.....	180
Symptomatologie.....	180
Diagnostic.....	184
Pronostic.....	185
Traitement.....	185
Fièvre putride, peste; leurs caractères.....	185
SUETTE MILIAIRE.....	186
Définition.....	186
Historique.....	186
Symptomatologie.....	187
Étiologie.....	191
Traitement.....	191
FIÈVRE PUERPÉRALE.....	191
Caractères principaux.....	191
Auteurs à consulter.....	194
2^e GENRE. — FIÈVRES SPÉCIFIQUES A QUINQUINA...	196
FIÈVRES INTERMITTENTES.....	197

Définition.....	197
Étiologie.....	198
Incubation de l'effluve marécageux.....	202
Symptomatologie.....	202
Du type.....	205
Durée.....	207
Récidives.....	207
Cachexie paludéenne.....	208
Complications.....	215
Anatomie pathologique.....	216
Diagnostic.....	217
Pronostic.....	218
Traitement.....	219
Traitement de la cachexie paludéenne.....	228
Nature.....	228
Auteurs à consulter.....	233
FIÈVRES RÉMITTENTES.....	233
Définition.....	233
Étiologie.....	235
Symptomatologie.....	238
Anatomie pathologique.....	245
Diagnostic.....	245
Pronostic.....	246
Traitement.....	246
FIÈVRES CONTINUES.....	247
Historique.....	247
Étiologie.....	250
Symptomatologie.....	250
Diagnostic.....	250
Pronostic.....	250
Traitement.....	251
Auteurs à consulter.....	251
FIÈVRES PERNICIEUSES.....	251
Définition.....	251
Étiologie.....	251
Symptomatologie.....	252
Anatomie pathologique.....	256
Diagnostic.....	257

Pronostic	257
Traitement.....	257
Auteurs à consulter	258
FIÈVRES LARVÉES.....	259
Définition	259
Étiologie.....	259
Symptomatologie.....	260
Diagnostic.....	262
Pronostic	262
Traitement	262
Nature	262
Auteurs à consulter	263
3^e GENRE. — FIÈVRES ÉRUPTIVES.....	264
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.....	264
Caractères et définition.....	264
Nombre des fièvres éruptives.....	268
Étiologie.....	270
Symptomatologie.....	272
Traitement.....	274
Nature des fièvres éruptives.....	274
VARIOLE	274
Historique	274
Définition	276
Étiologie.....	276
Symptomatologie.....	277
Incubation.....	277
Invasion	277
Éruption.....	278
Suppuration.....	280
Desquamation.....	281
Convalescence	282
Structure de la pustule.....	282
Anatomie pathologique.....	284
Complications.....	285
Récidives	287
Diagnostic.....	287
Pronostic	288

Traitement.....	289
Auteurs à consulter.....	292
VARIOLOÏDE.....	292
Définition.....	292
Étiologie.....	293
Symptomatologie.....	293
Complications.....	294
Diagnostic.....	295
Pronostic.....	295
Traitement.....	295
Auteurs à consulter.....	295
VARICELLE.....	296
Définition.....	296
Étiologie.....	296
Symptomatologie.....	296
Diagnostic.....	297
Pronostic.....	297
Traitement.....	297
Nature.....	298
Auteurs à consulter.....	299
VACCINE..	299
Définition.....	299
Historique.....	299
Origines du vaccin.....	302
Manuel opératoire.....	303
Effets de l'inoculation.....	305
Fausse vaccine.....	308
Traitement.....	308
A quelle époque la vaccine préserve-t-elle de la variole?	308
A quelle époque peut-on prendre le virus vaccin dans le bouton vaccinal?.....	309
Quelle est la durée de l'action préservatrice du vaccin?	310
Revaccination.....	310
Nature de la vaccine.....	312
Dangers prétendus de la vaccine.....	317
Auteurs à consulter.....	319
ROUGEOLE.....	319

Définition.....	319
Étiologie.....	320
Symptomatologie.....	320
Incubation.....	320
Invasion.....	320
Éruption.....	322
Desquamation.....	323
Convalescence.....	323
Variétés.....	324
Complications.....	325
Diagnostic.....	329
Pronostic.....	329
Traitement.....	329
Auteurs à consulter.....	330
ROSÉOLE.....	331
Étiologie.....	331
Symptomatologie.....	331
Diagnostic.....	331
Pronostic.....	332
Traitement.....	332
Nature.....	332
SCARLATINE.....	333
Définition.....	333
Étiologie.....	333
Symptomatologie.....	334
Incubation.....	334
Invasion.....	334
Éruption.....	335
Desquamation.....	337
Complications.....	337
Convalescence.....	339
Anatomie pathologique.....	355
Diagnostic.....	355
Pronostic.....	356
Traitement.....	356
Traitement de l'albuminurie.....	358

ÉRYSIPELE.. .. .	361
Étiologie.....	363
Symptomatologie.....	364
Complications.....	366
Récidives.....	368
Diagnostic	368
• Pronostic	369
Traitement.....	369
Nature.....	370
Auteurs à consulter	371
URTICAIRE.....	371
Étiologie.....	373
Symptomatologie.....	373
Diagnostic	374
Pronostic	374
Traitement.....	374
ZONA.	375
Étiologie.....	375
Symptomatologie	376
Diagnostic.....	377
Pronostic.....	377
* Traitement.....	377
ERYTHÈME NOUEUX.....	378
Étiologie.....	378
Symptomatologie.....	378
Diagnostic	379
Pronostic.....	379
Traitement.....	379
ECZÉMA RUBRUM GÉNÉRALISÉ.....	379
Étiologie.....	380
Symptomatologie.....	380
Diagnostic.....	380
Pronostic.....	380
Traitement.....	380
PITYRIASIS AIGU DISSÉMINÉ.....	381
Étiologie.....	381
Symptomatologie.. ..	381

Diagnostic.....	381
Pronostic.....	381
Traitement.....	382
PEMPHIGUS AIGU.....	382
Étiologie.....	382
Symptomatologie.....	382
Diagnostic, pronostic et traitement.....	382
HERPÈS.....	382
Caractères généraux.....	382
Auteurs à consulter.....	383
5^e GENRE. — FIÈVRES SYNERGIQUES.....	384
CLASSE II. — FIÈVRES SYMPTOMATIQUES.....	391
1^{er} GENRE. — FIÈVRE SYMPTOMATIQUE ORDINAIRE..	391
Caractères généraux.....	391
Symptomatologie.....	397
Pronostic.....	398
Traitement.....	399
Pathogénie.....	399
2^e GENRE. — FIÈVRE HECTIQUE.....	402
Symptomatologie.....	402
Diagnostic.....	404
Pronostic.....	404
Traitement.....	404



INVENTARIO
1985/1986





ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).