

breux dans lesquels le tube digestif nous a offert, non plus une affection de ses follicules, mais une simple inflammation de sa membrane muqueuse, caractérisée par la rougeur et le ramollissement de cette membrane. C'est là la gastro-entérite, telle que l'avait d'abord décrite M. Broussais. Nous prouverons, par des observations, qu'elle peut, tout aussi bien que l'entérite folliculeuse, donner naissance à des symptômes typhoïdes, mais dans un moins grand nombre de cas. Le mouvement fébrile qu'elle suscite a aussi en général une durée moins longue et des périodes moins déterminées que celui auquel donne naissance l'entérite folliculeuse; peut-être aussi peut-on s'en rendre plus facilement maître et l'arrêter plus sûrement dans sa marche que la fièvre liée à une dothinentérie.

Enfin, dans un troisième article, nous consignerons les cas dans lesquels, bien que des symptômes ataxo-adyamiques ou typhoïdes aient encore 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. Ces altérations, pas plus que celles du tube digestif, ne constituent pas toute la maladie; elles ne sont, en quelque sorte, que l'occasion de son développement, à peu près comme une plaie qui, dans certaines dispositions de l'économie, devient une cause occasionnelle de tétanos. Ici, comme dans les cas d'entérites simples ou folliculeuses, c'est dans les centres nerveux secondairement affectés, qu'il faut chercher la cause de la gravité de la maladie; c'est dans la nature des modifications qu'ont subies les centres nerveux qu'il faut chercher l'explication des symptômes; c'est à l'état de ces centres que doit être en grande partie subordonné le traitement. Ajoutons enfin qu'en dehors de ces cas

où l'on trouve encore quelque lésion locale qui peut être plus ou moins sûrement considérée, sinon comme la cause unique, au moins comme le point de départ des accidents, il en est d'autres dans lesquels les lésions locales ou sont nulles, ou sont de telle nature qu'on ne peut plus même les considérer comme ayant joué un rôle dans le développement de la maladie.

ARTICLE PREMIER.

FIÈVRES CONTINUES, LIÉES A UNE INFLAMMATION FOLLICULEUSE DES INTESTINS.

Dans les observations qui vont suivre, nous essayerons de suivre l'entérite folliculeuse dans ses diverses périodes, depuis celle où elle ne constitue que quelques élevures disséminées à la surface interne de l'intestin grêle, jusqu'à celle où les ulcérations qui ont succédé à ces élevures se sont elles-mêmes cicatrisées. Nous étudierons quels sont les symptômes qui ont accompagné les diverses phases de cette sorte d'exanthème; nous chercherons à déterminer leurs rapports avec celui-ci; et, enfin, nous verrons jusqu'à quel point la maladie, dans ses différentes formes symptomatiques, s'est trouvée influencée, soit en bien, soit en mal, par les diverses méthodes thérapeutiques.

§ I. OBSERVATIONS SUR L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE
A LA PÉRIODE D'EXANTHÈME.

I^{re} OBSERVATION.

Symptômes de fièvre bilieuse; absence de dévoisement. Mort par pneumonie neuf jours après le début de la première maladie. Tuméfaction des follicules agminés de l'intestin grêle.

Un manœuvre, âgé de vingt-sept ans, à Paris depuis treize mois, éprouvait depuis quelque temps de la diminution dans son appétit, de la céphalalgie, un sentiment de faiblesse insolite. Un soir, après avoir soupé, il éprouve un frisson: toute la nuit il ressent une chaleur brûlante. Le lendemain cette chaleur continue; il a un léger mal de gorge et vomit les aliments qu'il a pris la veille. Le surlendemain au soir il entre à la Charité. Examiné à la visite suivante, commencement du troisième jour de sa maladie, il présente l'état suivant:

Face jaune avec rougeur des pommettes; céphalalgie sus-orbitaire; injection des yeux, accablement général, mouvements pénibles, douleurs articulaires. Lèvres sèches; langue couverte d'un enduit jaunâtre épais, d'un rouge cerise sur les bords et à la pointe; goût d'amertume dans la bouche; peu de soif; déglutition légèrement douloureuse; abdomen souple et indolent dans tous ses points; pas de selles depuis le commencement de la maladie. Un peu de toux, râle muqueux en quelques points. Pouls fréquents et dur, peau sèche et d'une chaleur âcre. (*Saignée du bras de douze onces; tisane d'orge, lavement; diète.*)

Le lendemain, quatrième jour, l'état du malade n'a subi aucun changement notable. (*Deuxième saignée.*)

Délire dans la nuit du quatrième au cinquième jour.

Les cinquième et sixième jours, la teinte jaune de la face se prononce de plus en plus, les traits s'affaissent; le malade regarde d'un air étonné ceux qui l'entourent; ses réponses sont lentes; l'enduit de la langue est très-épais; l'abdomen n'est pas tendu; la constipation persiste. Dans la matinée du sixième jour, nous sommes frappés de la manière dont s'exécute la respiration: elle est haute, accélérée; nous écoutons la poitrine, et nous trouvons un râle crépitant très-prononcé dans toute l'étendue du lobe inférieur du poumon gauche; dans cette même étendue il y a une légère diminution de sonorité des parois thoraciques; l'expectoration est nulle; le pouls a une extrême fréquence. L'existence d'une pneumonie nous semble évidente. Une saignée de douze onces est pratiquée, des sinapismes sont appliqués aux extrémités inférieures. Cette troisième saignée n'offrit pas plus de couenne que les précédentes. Dans la nuit, le malade délira.

Dans la matinée du septième jour, la gêne de la respiration était très-considérable; il n'y avait pas plus d'expectoration que la veille. Dans la partie postérieure et latérale gauche du thorax le son était mat, et l'on n'y entendait plus ni râle crépitant ni bruit respiratoire. L'état des voies digestives était le même. On obtenait difficilement des réponses du malade. (*Deux vésicatoires aux jambes.*) Délire la nuit.

Le huitième jour, même état. Le neuvième, la dyspnée est extrême, le malade peut à peine prononcer quelques mots d'une voix entrecoupée. Mort dans la journée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'encéphale et ses annexes offrent une injection générale assez vive, qui paraît liée à l'état d'asphyxie au milieu duquel le malade a succombé.

Le lobe inférieur du poumon gauche est complètement hépatisé; le reste du parenchyme pulmonaire, à gauche et à droite, est fortement engoué. Le cœur contient, dans sa partie droite, un gros caillot noir peu consistant.

La surface interne de l'estomac ne présente autre chose qu'un certain nombre de veines sous-muqueuses gorgées de sang, qui sont surtout apparentes vers le grand cul-de-sac. La muqueuse elle-même est partout pâle et de consistance ordinaire.

Cette même injection veineuse existe dans les trois cinquièmes inférieurs de l'intestin grêle. Dans l'étendue de deux pieds au-dessus de la valvule iléo-cœcale, existent cinq grandes plaques d'un gris rougeâtre, ovalaires, occupant le bord libre de l'intestin, faisant une saillie légère au-dessus du niveau du reste de la muqueuse. Ces plaques résultent évidemment d'une tuméfaction hyperémique des follicules agminés de l'intestin; entre ces plaques on trouve quelques petites pustules, les unes rouges, les autres d'un gris blanchâtre, qui ne sont non plus autre chose que des follicules isolés. Entre ces pustules, comme entre les plaques, la membrane muqueuse est pâle. La surface interne du gros intestin est blanche dans toute son étendue. Il ne présente rien de remarquable. Les autres viscères abdominaux n'offrent aucune altération appréciable.

Cette observation fournit un exemple bien tranché de do-

thinentérite à son premier degré. A l'époque où le malade entra à l'hôpital, l'appareil respiratoire ne présentait autre chose qu'une légère irritation des bronches, et ce n'était pas là qu'il fallait chercher la cause de la fièvre. Y avait-il quelque autre organe en souffrance? Nulle part, excepté au pharynx, on ne reconnaissait de douleur; partout l'abdomen avait conservé sa souplesse et son indolence normale. Il n'y avait pas de diarrhée, mais seulement on observait un état *saburral* de la langue avec rougeur de sa périphérie, qui coïncidait avec une *teinte bilieuse* de la face. Joignez à cela l'état de la peau et du pouls, et il en résultera la maladie décrite par les nosographes sous le nom de *fièvre bilieuse*. Cependant, que nous apprend l'ouverture du cadavre? Elle nous révèle un état morbide des follicules intestinaux; et comme ce même état a été retrouvé maintes fois dans des cas où long-temps avant la mort les mêmes symptômes avaient été observés pendant la vie, nous sommes en droit de penser qu'il y a une corrélation remarquable entre ces symptômes et la maladie intestinale; nous pouvons dire que c'est celle-ci qui a été au moins le point de départ de ceux-là. Cette maladie est encore à sa première période; elle ne consiste encore qu'en une sorte d'exanthème. Maintenant l'on peut se demander à quelle époque précise l'exanthème a commencé: fut-ce seulement le jour où se manifesta le frisson, et d'où nous avons fait dater le commencement de la maladie? Mais alors nous demanderons quelle était la lésion qui, avant ce jour, avait produit de l'anorexie, de la céphalalgie, du malaise. Si la lésion intestinale survint en même temps que le premier dérangement de la santé, fut-ce en devenant tout-à-coup plus intense, ou en changeant de nature, qu'elle produisit la fièvre?

Quoi qu'il en soit, retenons encore de cette observation qu'une d'othinentérite peut se développer sans produire ni dou-

leur, ni tension du ventre, ni diarrhée. N'oublions pas non plus l'état de la langue, qui ne fut expliqué dans ce cas par aucun état morbide de l'estomac. Dans ce dernier organe il n'y avait pas plus de saburre que d'irritation; et son examen, fait après la mort, n'aurait pas plus justifié l'administration d'un vomitif que l'application de sangsues à l'épigastre.

Que si nous étudions maintenant cette maladie sous le rapport de sa marche et sous celui des moyens thérapeutiques qu'on lui opposa, nous trouverons qu'ici, comme dans bien d'autres cas, les émissions sanguines furent impuissantes pour enrayer la marche de la maladie; chaque jour, et malgré elles, nous vîmes la maladie s'aggraver; le délire, qui revenait chaque nuit, l'aspect de la face, l'embarras de l'intelligence et de la parole, la difficulté de plus en plus grande des mouvements, devaient faire craindre la transformation de la maladie en une *fièvre adynamique* proprement dite, lorsque se déclara la pneumonie qui entraîna prématurément le malade au tombeau. Cette pneumonie fut remarquable par la rapidité avec laquelle elle passa du premier au second degré; aucune douleur pleurétique ne l'accompagna; aucune expectoration caractéristique n'en signala l'existence. Voilà un cas, entre mille autres, dans lequel des émissions sanguines antécédentes n'empêchent pas une nouvelle inflammation de prendre naissance.

II^e OBSERVATION.

Symptômes de fièvre axatique. Mort six jours après l'invasion. Tuméfaction des follicules intestinaux. Aucune lésion appréciable dans les centres nerveux.

Un garçon chapelier, âgé de trente-un ans, entre à la Charité dans un état complet de délire. Ceux qui l'amènent disent que

quatre jours auparavant il avait été pris de céphalalgie et de fièvre. La veille seulement de son entrée, il avait commencé à délirer. Lorsque nous le vîmes, sa face était fortement injectée; les yeux roulaient continuellement dans les orbites, comme agités de mouvements convulsifs. Le malade prononçait des mots sans suite, et l'on ne pouvait obtenir de lui aucune réponse; on lui avait mis la camisole. Le tronc était dans un mouvement perpétuel; la langue était rouge et sèche; une abondante salivation avait lieu; le ventre était souple; il n'y avait pas de dévoïement. Le pouls battait plus de 120 fois par minute; il avait assez de force. (*Saignée de douze onces; trente sangsues au cou.*)

Les deux jours suivants, le délire persista sans aucun intervalle de lucidité; la langue se sécha de plus en plus, la face pâlit, le pouls acquit une fréquence extrême, devint filiforme, et le malade succomba vers la fin du sixième jour. La constipation ne cessa pas, l'abdomen se météorisa un peu le dernier jour. Trente nouvelles sangsues furent placées au cou le cinquième jour, et le sixième on appliqua aux jambes deux vésicatoires qui ne prirent pas.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Pâleur des méninges; absence d'injection de l'encéphale, dont la consistance n'est ni augmentée ni diminuée.

État sain des organes thoraciques.

Deux plaques rouges, ayant chacune la largeur d'une pièce de deux francs, existent vers le grand cul-de-sac de l'estomac. Ces plaques sont formées par une injection pointillée de la muqueuse; partout cette membrane est bien consistante.

L'intestin grêle est blanc, sans lésion appréciable, dans ses cinq sixièmes supérieurs. Le cinquième inférieur présente,

1° quelques plaques ovalaires, rouges, évidemment constituées par des follicules malades; 2° un grand nombre de petites pustules côniques également rouges, qui ne nous semblent non plus être autre chose que des follicules isolés. Entre eux, la muqueuse est blanche et bien consistante. Quelques pustules semblables existent dans le cœcum. Le reste du gros intestin est pâle; sa muqueuse n'est pas ramollie.

État sain des autres organes.

Les altérations du tube digestif, trouvées sur le cadavre de cet individu, sont les mêmes que celles que nous a présentées le sujet de la première observation. Ici il n'y a de plus que les deux petites taches rouges de l'estomac. Cependant quelle différence dans les symptômes! L'individu dont on vient de lire l'observation semblait surtout devoir présenter, après la mort, des lésions du côté du cerveau, et l'on n'en découvrit aucune. L'encéphale et ses annexes furent même trouvés plus pâles que chez le sujet de la première observation, dont le délire n'avait existé que par intervalles. D'ailleurs chez l'un et chez l'autre, il y a la même absence de symptômes locaux du côté de l'abdomen; toutefois chez l'un et chez l'autre, la langue a perdu son état naturel. Mais c'est chez le second qu'elle est modifiée de la manière la plus grave. Sont-ce les deux petites taches rouges trouvées dans l'estomac qui rendront compte dans ce cas de la rougeur et de la sécheresse de la langue? Mais chez combien d'individus ne trouve-t-on pas dans la membrane muqueuse de l'estomac une injection plus forte et plus étendue, sans que la langue ait été altérée pendant la vie!

Voilà donc deux individus chez lesquels une lésion identique de l'intestin ne se révèle par d'autre symptôme local que par une modification de l'état de la langue, qui, chez tous deux,

n'est pas le même; de plus, cette lésion intestinale, identique chez tous les deux, est accompagnée chez tous deux de symptômes généraux fort différents.

Du reste, l'intestin, examiné ici au sixième jour, présente la même altération que dans le cas précédent, où c'est le neuvième jour seulement qu'on en fit l'examen.

Ici encore, comme dans la première observation, nous pouvons constater la complète inefficacité des émissions sanguines, soit générales, soit locales. Je ne dis pas pour cela qu'il ne faille pas y avoir recours; je dis seulement que par elles on ne se rend pas toujours maître de la maladie, et qu'on ne l'enraie pas toujours dans sa marche. Ces cas, du reste, ne seraient pas les seuls de ce genre que je pourrais rapporter. En dehors des hôpitaux, je pourrais citer, en particulier, plusieurs exemples de jeunes gens qui, très-fortement saignés dès le début et pendant le cours de maladies semblables par leur nature à celle dont il vient d'être question, n'en ont pas moins succombé. Je ne rapporterai ici que les deux cas suivants, comme exemples de l'inefficacité fréquente des émissions sanguines, quelle que soit l'époque de la maladie à laquelle on les emploie.

Un élève en médecine, âgé de vingt-deux ans, à Paris depuis trois mois, demeurant rue des Fossés-Saint-Victor, dans une chambre vaste et bien aérée, avait beaucoup travaillé, s'était bien nourri, et n'avait fait aucun excès depuis son arrivée à Paris. Vers la fin du mois de janvier 1829, il fut pris d'un violent mal de tête qu'il essaya de combattre par un purgatif. Loin de diminuer après celui-ci, la céphalalgie augmenta et persista pendant trois jours sans aucun autre symptôme; puis de la fièvre apparut, et en même temps l'intelligence se troubla. Deux saignées du bras furent pratiquées; aucune amélioration ne les suivit. Loin de là, l'intelligence se troubla de plus en plus; le pouls prit une fréquence extrême. Trente sangsues

furent placées au cou; leurs piqûres donnèrent une très-grande quantité de sang. Le lendemain de leur application, la face était pâle; les traits s'étaient affaissés d'une manière remarquable; le délire persistait plus fort que jamais; les tendons présentaient de fréquents soubresauts, et la langue, qui jusqu'alors n'avait été que blanche, s'était séchée. On applique alors de la glace sur la tête; tous les symptômes s'aggravent; les muscles sont le siège d'un tremblement continu; la langue participe à ce tremblement, lorsque le malade essaie de la tirer hors de la bouche; le pouls devient filiforme, et le malade succombe.

Chez un autre élève en médecine, également âgé de vingt-deux ans, et qui n'habitait aussi Paris que depuis trois mois, logeant rue Saint-Dominique-d'Enfer, ayant eu toujours une conduite bien réglée sous tous les rapports, s'étant bien nourri, le premier dérangement de la santé se manifesta, comme chez le précédent, par une forte céphalalgie, qui, après avoir persisté trois jours, s'accompagna de fièvre. Une première saignée, pratiquée le jour même où la fièvre parut, ne fut suivie d'aucun amendement. Le lendemain, deuxième saignée; la céphalalgie ne cède pas; le pouls prend plus de fréquence; la langue est blanche et humide. On applique des sangsues à l'anus; aucun amendement n'a lieu. On pratique une saignée du pied; le mal de tête persiste, ainsi que la fièvre. On a recours alors à des applications froides sur le front. On frictionne les tempes avec de l'éther, on applique des sinapismes aux jambes. La céphalalgie disparaît, et le malade semble mieux. Mais le lendemain la fréquence du pouls augmente de nouveau, et l'on observe un léger trouble de l'intelligence. Les jours suivants, tous les symptômes d'une fièvre grave se déclarent; épistaxis répétés, sécheresse et noirceur de la langue; teinte plombée de la face; soubresauts de tendons; irrégularité de

l'action musculaire; ballonnement de l'abdomen; trouble de l'intelligence, d'abord intermittent, puis continu. Pouls très-fréquent et misérable; mort.

Voilà deux cas bien tranchés, où les émissions sanguines ont été également infructueuses, soit pour enlever les symptômes encore légers qui existaient au moment où elles furent pratiquées, soit pour prévenir le développement d'accidents plus graves.

III. OBSERVATION.

Symptômes de fièvre ataxo-dynamique. Mort le onzième jour. Tuméfaction des follicules de l'iléum et du cœcum. Injection des méninges et de la substance grise extérieure des hémisphères cérébraux. Rate volumineuse et molle.

Un perruquier, âgé de dix-huit ans, d'une constitution assez chétive, épuisé par des excès de femme et de table, ressentit, sans cause connue, le 3 septembre 1822, vers deux heures de l'après-midi, un frisson intense qui dura trois heures; de la chaleur lui succéda, puis une sueur abondante s'établit, et persista jusqu'au lendemain matin. Les quatre jours suivants, chaleur continue; sueur la nuit; céphalalgie; bouche mauvaise; anoxerie; diarrhée. Pendant tout ce temps, le malade garda le lit et ne but que de l'eau sucrée. Il entra à la Charité le 7 septembre; il vint à pied à l'hôpital; dans la nuit du 7 au 8 il délira un peu.

Le 8, céphalalgie moindre; face rouge; yeux brillants; langue sèche, à peine rouge; soif, anorexie, bouche mauvaise; ventre un peu ballonné, légèrement douloureux à la pression; selles aqueuses, précédées de coliques; pouls fréquent, un peu dur; peau chaude. (*Tisane d'orge gommée.*)

Dans la nuit du 8 au 9, le malade délira de nouveau;