

ques plaques folliculeuses tuméfiées ou légèrement ulcérées, il y a lieu sans doute d'hésiter à rapporter un si grand trouble à de si faibles désordres; il y a lieu de penser que derrière ces désordres visibles, et avant leur manifestation, il a existé dans l'état dynamique de l'individu un dérangement profond, sans lequel tant de symptômes graves ne se seraient pas produits. Non, l'affection intestinale n'est pas tout en pareil cas, et, pour expliquer tout ce qui coïncide avec elle ou apparaît à sa suite, il faut faire intervenir d'autres éléments que l'anatomie pathologique n'a pas encore trouvés au bout de son scalpel. Ici donc, comme dans mille autres cas, ce que nous apercevons n'est qu'une partie de ce qui est.

Et, d'ailleurs, nos observations ne nous ont-elles pas montré d'autres cas où, en l'absence de toute trace de dothinentérite, les mêmes accidents d'innervation se manifestent? Ne nous ont-elles pas aussi montré des cas où se retrouvaient encore ces mêmes accidents, en l'absence de toute espèce de lésion intestinale appréciable par l'anatomie, mais avec des lésions d'autres organes? Enfin, nous ne pouvons pas oublier ces cas rares, mais réels, dans lesquels, en l'absence de toute lésion d'organe appréciable après la mort, les mêmes accidents d'innervation étaient encore présents. Rappelez-vous, par exemple, l'individu qui fait le sujet de notre observation XXXV: convalescent d'une dothinentérite, une émotion morale agit sur lui; tout-à-coup il présente des symptômes qui traduisent un trouble profond de l'innervation; en quelques jours il meurt, et l'anatomie ne trouve, ni dans les centres nerveux, ni ailleurs, aucune lésion qui explique les accidents graves qui ont entraîné l'individu au tombeau (1).

(1) Relisez encore, sous ce point de vue, les observations consignées dans le paragraphe 2 de l'article II du chapitre I.

B. MUSCLES.

On a beaucoup dit que les muscles des individus atteints de fièvre adynamique présentaient au toucher quelque chose de poisseux qui caractérisait les maladies de ce genre. Nous pouvons affirmer que nous n'avons pas retrouvé cet état des muscles chez un grand nombre de sujets, et que, d'un autre côté, nous l'avons observé sur des cadavres d'individus morts de différentes maladies aiguës.

Si le grand développement des muscles traduisait constamment la somme d'énergie vitale possédée par chaque individu, nous ne pourrions croire à une adynamie réelle chez beaucoup d'individus morts avec tous les symptômes de la prostration la plus grande. Chez eux, en effet, nous trouvions les muscles remarquables par leur volume, leur fermeté et leur vive rougeur.

Comment expliquer le ramollissement singulier que présentait tout le système musculaire chez l'individu dont il est question dans le commentaire qui suit notre observation LXIII?

§ II. LÉSIONS DES APPAREILS DE LA VIE DE RELATION
OBSERVÉES PENDANT LA VIE.

A. LÉSIONS DES FONCTIONS DES CENTRES NERVEUX.

Observés aux diverses périodes de la maladie, ces centres nous offrent dans leurs fonctions des désordres aussi fréquents que sont rares les lésions qu'ils nous présentent après la mort. Résumons ce que ces désordres fonctionnels nous ont offert de plus remarquable au début de la maladie, ou pendant son cours.

A son début, la maladie peut affecter l'une des formes suivantes :

1^{re} forme. Trouble apyrétique des fonctions digestives (anorexie ou diarrhée), sans apparence d'aucun désordre fonctionnel des centres nerveux.

2^e forme. Trouble apyrétique des fonctions digestives, avec symptômes nerveux légers, tels que céphalalgie, éblouissements, tintements d'oreilles, défaillance, maux de reins, lassitudes spontanées, douleurs dans les membres et surtout vers les articulations, sentiment de faiblesse.

3^e forme. Trouble pyréétique des fonctions digestives avec les mêmes symptômes nerveux.

4^e forme. Absence du trouble des fonctions digestives, ou tout au plus diminution de l'appétit. Mêmes symptômes nerveux sans fièvre.

Parmi ces symptômes, les uns ou les autres peuvent particulièrement prédominer.

Ainsi, chez un assez grand nombre de sujets, on observe d'abord une douleur de tête qui est souvent très-vive, et qui persiste plusieurs jours sans être accompagnée d'aucun autre symptôme.

Chez d'autres, le début est surtout marqué par des lipothymies et des éblouissements.

Plusieurs individus ressentent, avant toute autre chose, des douleurs articulaires qui peuvent quelquefois en imposer pour une affection rhumatismale.

Enfin, certains malades éprouvent d'abord, sans avoir de fièvre et sans que leur appétit soit notablement diminué, une faiblesse qui les étonne; ils sont harassés, disent-ils, dès qu'ils font quelques pas; toute espèce d'occupation leur est pénible; ils deviennent d'une apathie remarquable, et ils ne se plaisent que dans le repos et dans l'immobilité la plus absolue.

5^e forme. Mêmes symptômes nerveux avec fièvre, et sans trouble apparent des voies digestives.

6^e forme. Symptômes nerveux graves d'emblée, tels que délire, stupeur, coma (1).

(1) Un des cas les plus remarquables de ce genre que nous ayons eu occasion d'observer est le suivant :

Un étudiant en médecine, habitant Paris depuis quatre ans, présentait, depuis une huitaine de jours, des signes d'une irritation légère des voies digestives, pour laquelle il ne s'était pas même alité, lorsque, dans la soirée du 24 novembre 1833, il fut pris tout-à-coup d'un violent délire. Le lendemain matin, 25, une saignée d'une livre au moins fut pratiquée, sans qu'il en résultât aucun amendement. Ce même jour, à deux heures de l'après-midi, nous le trouvâmes dans l'état suivant : Face rouge, yeux étincelants, agitation extrême, délire complet, vociférations; le malade s'élançait hors de son lit, dans lequel plusieurs amis n'ont pas la force de le retenir; on est obligé de l'attacher. En même temps, pouls très-fréquent, plein; peau chaude; langue rouge et collante. Le malade est immédiatement transporté à la Pitié, où, par mon ordre, on lui applique quarante sangsues aux apophyses mastoïdes. Elles donnent beaucoup de sang; le malade tombe, le soir, dans un grand état de faiblesse, et tout son corps se couvre d'une sueur froide. Cependant, vers le milieu de la nuit, les forces se relèvent; l'agitation devient de nouveau très-vive, et plusieurs fois le malade se lève, et veut sortir de son lit. Le matin, 25 décembre, il est plus calme, mais le délire persiste; les pommettes sont rouges; le reste de la face a une teinte jaunâtre; la langue est sèche et rouge, le ventre légèrement ballonné; le pouls bat 112 fois par minute. Je fais appliquer sur la tête une vessie pleine de glace, et couvrir les extrémités inférieures de cataplasmes sinapisés.

Pendant que la glace est maintenue sur la tête, le malade reste fort calme; puis il tombe dans un assoupissement de deux heures; lorsqu'il en sort, il a sa raison. Le lendemain matin, 27, l'intelligence a recouvré sa netteté, et le pouls ne bat plus que 76 fois par minute. Le soir, il revient encore un peu de délire avec de la fièvre; on replace de la glace sur sa tête. Le malade la demande lui-même, parce qu'il sent qu'elle le calme. Les jours suivants, toute trace de délire disparaît; mais le mouvement fébrile continue, et l'on observe

Cette forme de début est la plus rare de toutes.

Que si maintenant nous suivons les symptômes nerveux dans le cours de la maladie, nous les trouverons tantôt très-légers, mais toujours présents; tantôt plus intenses, et constituant alors les fièvres graves. Car toute fièvre ne devient telle qu'en raison de la part qu'y prend le système nerveux, et nullement, nous ne saurions trop le répéter, en raison de l'existence de telle ou telle lésion d'organe, de l'affection des follicules intestinaux, comme de tout autre (1).

Nous avons étudié avec soin, dans nos observations particulières, les formes infiniment variées du trouble de l'intelligence. Tantôt ce trouble est porté tout-à-coup au plus haut degré; tantôt il ne s'établit que peu à peu; les malades comprennent encore tout ce qu'on leur dit, ils répondent encore avec justesse; mais leur regard est étonné; quelque idée fixe les occupe; de temps en temps ils prononcent quelques mots qui n'ont pas de sens, ou bien ils ont peine à se rappeler ce

es différents signes qui caractérisent la dothinentérite; ils cessent graduellement, et le malade quitte l'hôpital, bien portant, le 10 janvier 1834.

(1) Il y a cependant ici une remarque à faire, c'est que les irritations, même légères, du tube digestif retentissent plus facilement sur l'innervation, que les irritations d'autres organes. Voyez, par exemple, ce qui arrive à un homme qui a excité son estomac par des aliments ou trop abondants ou trop stimulants: un malaise général, un accablement singulier, un sentiment de faiblesse et de fatigue, de la céphalalgie, ou tout au moins de la pesanteur de tête, une complète inaptitude au travail intellectuel; tels sont les accidents qu'il éprouve. Certainement, de pareils phénomènes se montrent beaucoup moins souvent sous l'influence d'une bronchite, ou de telle autre irritation d'organes. Il semble que ce soit le propre des irritations gastro-intestinales de troubler l'innervation, tandis que, dans les affections des autres organes, il faut, de la part du système nerveux, une plus grande prédisposition pour qu'il soit mis en jeu.

qui leur est arrivé peu d'instant auparavant; d'autres ont tantôt des réponses brèves et brusques, tantôt lentes ou incertaines; il semble qu'ils cherchent ce qu'on leur demande, et qu'ils ont besoin d'un grand travail d'intelligence pour répondre à la question la plus simple. Bientôt les réponses deviennent nulles, à moins qu'on ne réitère plusieurs fois les questions, et enfin il arrive un moment où l'on ne peut plus en obtenir aucune. Cependant, bien que ne répondant plus, ils comprennent souvent encore ce qu'on leur dit, ils donnent le bras ou tirent la langue, lorsqu'on le leur demande. A ce degré, tantôt ils gardent le silence le plus profond, leur intelligence paraît anéantie, ou bien l'expression de la physionomie semble annoncer que quelque pensée les préoccupe fortement. Tantôt, au lieu de silence, c'est une loquacité singulière; tantôt, enfin, ils poussent des cris, ils vocifèrent continuellement. Quelques-uns ont un air calme ou indifférent; d'autres présentent sur leur figure l'expression de l'anxiété la plus vive ou du plus profond désespoir. Ils tombent dans un découragement extraordinaire, et se croient voués à une mort inévitable. Chez d'autres, au contraire, le premier indice du trouble de l'intelligence, c'est la persuasion où ils sont qu'ils sont très-bien, qu'ils vont de mieux en mieux, à mesure que leur maladie s'aggrave.

Ce délire, quelle que soit sa forme, est souvent continu dès son principe. D'autres fois il ne se montre d'abord que d'une manière fugitive; d'autres fois, enfin, il revient périodiquement chaque nuit.

Au lieu de ces divers troubles de l'intelligence, quelques malades présentent de bonne heure, comme phénomène prédominant, une remarquable tendance au sommeil; dès qu'on les abandonne à eux-mêmes, ils ferment les yeux et semblent dormir, et bientôt on ne peut plus les tirer de cet état de

somnolence, qui devient plus ou moins rapidement un véritable coma. Tantôt celui-ci est continu; tantôt il alterne avec un état d'exaltation pendant lequel le malade présente une des variétés de délire que nous venons de signaler.

Dans plusieurs cas, on remarque de singulières et rapides alternatives de coma, de délire, et d'une lucidité parfaite de l'intelligence.

B. LÉSIONS DE L'ACTION MUSCULAIRE.

Le trouble de l'action musculaire accompagne souvent le désordre de l'intelligence; il peut le précéder, ou se manifester en même temps que lui. Chez quelques-uns de nos malades, nous avons vu, avant qu'il y eût aucune trace de délire ou de somnolence, les muscles de la face être agités de petits mouvements convulsifs, qui avaient surtout leur siège vers l'une ou l'autre commissure des lèvres. Chez d'autres, ce qui prédomina d'abord, ce fut un tremblement très-marqué des membres. Chez un certain nombre, les soubresauts des tendons furent comme le prélude des autres symptômes nerveux. Le sujet de l'observation XXXV nous offrit, à l'époque de sa rechute, comme premier indice du trouble des centres nerveux, une flexion permanente de quelques doigts de la main.

Dans l'observation XVIII, il y eut des symptômes de catalepsie; dans l'observation XXXIX, un trismus très-prononcé; dans l'observation XII, des secousses tétaniques générales; dans l'observation XI, une contraction spasmodique des muscles du pharynx, et des symptômes d'hydrophobie; dans l'observation VII, une modification des contractions du diaphragme, d'où résulta un hoquet très-fâcheux, qui dut être combattu par des moyens spéciaux.

Au lieu d'être exaltée, l'action musculaire semble être sou-

vent plus ou moins complètement anéantie. Alors les contractions des muscles se montrent de plus en plus faibles, incertaines, comme vacillantes; la langue est comme tremblante, et ses mouvements semblent se soustraire à la volonté. A un degré plus avancé, les malades, couchés sur le dos, dans un état complet d'immobilité, les bras fixés le long du tronc, l'œil éteint, la face terne, l'intelligence comme anéantie, la peau froide, le pouls filiforme, ne paraissent vivre encore que par quelques mouvements inspiratoires qui se répètent à de longs intervalles. Cet état, qui ressemble à l'agonie, peut être cependant suivi du retour à la santé.

Dans plus d'un cas où la force musculaire semblait complètement perdue, et où il semblait que tout mouvement fût devenu impossible, nous avons vu des malades déployer tout-à-coup, au milieu de leur délire, une énergie qu'on eût été loin de leur soupçonner; ces mêmes malades qui, peu d'instants auparavant, retombaient comme des masses inertes lorsqu'on essayait de les soulever, se plaçaient brusquement sur leur séant, se levaient, fuyaient de leur lit, et marchaient. D'autres, qui, pendant le jour, paraissaient tombés dans le dernier degré de prostration, avaient cependant poussé toute la nuit les cris les plus violents, et des liens avaient été nécessaires pour les retenir dans leur lit.

Dans ces divers cas, n'employons donc qu'avec réserve le mot de *faiblesse*, comme celui d'*excitation*; car ni l'un ni l'autre ne représente fidèlement ce qui est, et, de même que la plupart des lésions organiques ne peuvent pas plus s'expliquer par l'excès que par le défaut de l'excitation normale, de même, pour s'expliquer les grandes modifications de l'innervation, qui sont les phénomènes les plus saillants des fièvres graves et comme leur caractère symptomatique, il ne faut chercher bien souvent ni force ni faiblesse. En se débattant

dans cette éternelle dichotomie, en prenant tour-à-tour, comme l'expression de toute la vérité, tantôt le premier et tantôt le second de ces termes, on a été certainement au-delà de ce que montraient les faits, et l'on n'a pas vu qu'on admettait également par hypothèse l'état sthénique, comme l'état asthénique, et qu'il eût été plus sage, plus profitable pour la science comme pour l'humanité de reconnaître, dans ces grands troubles de fonctions, un état de modification ou de perversion des forces nerveuses, que la thérapeutique ne doit pas plus chercher à combattre par des toniques que par des débilants; souvent son unique but doit être de chercher à produire dans l'économie une série de mouvements organiques qui aient pour effet, jamais certain, mais possible, de ramener les fonctions nerveuses à leur type normal.

Y eut-il excès de force ou de faiblesse dans ces cas si remarquables de morts subites qui frappèrent plusieurs de nos malades, à une époque où aucun symptôme grave n'avait encore apparu chez eux (obs. VI, VIII, XI, XII, XXIX, XLIII)? Qui ne voit combien, pour expliquer un pareil phénomène, est insuffisante la dichotomie de Brown, aussi bien que celle de M. Broussais? Qui ne voit que, dans ce fait, comme dans bien d'autres modifications de l'innervation, il y a autre chose que cette sthénie et cette asthénie, auxquelles il a paru plus commode de tout rapporter?

C. LÉSIONS DE FONCTION DES ORGANES DES SENS.

Un assez grand nombre de malades nous ont offert une diminution notable de la faculté de percevoir les sons. Tantôt elle ne s'est montrée qu'à une période déjà très-avancée de la maladie; tantôt elle a précédé les symptômes ataxo-adiynamiques, et en a fait présager le développement. Ce second

cas est loin d'être rare : en pareille circonstance, la figure prend ordinairement une expression de stupeur toute particulière. Une fois la stupidité a tout-à-coup disparu, au moment où les symptômes ataxo-adiynamiques avaient atteint leur maximum d'intensité.

Le sens de la vue nous a aussi présenté quelques modifications. Il a été aboli chez quelques-uns; chez d'autres il y avait vision d'objets fantastiques. Les pupilles se sont montrées souvent ou fortement contractées ou largement dilatées, soit des deux côtés à la fois, soit d'un seul. Le globe de l'œil a été parfois fortement dévié de son axe, soit en dedans, soit en dehors.

Dans ceux de ces cas qui se sont terminés par la mort, nous n'avons trouvé dans les centres nerveux aucune lésion qui pût nous rendre compte de ces diverses modifications des sens de l'ouïe et de la vue.

Le sens de l'odorat ne nous a offert rien de particulier. Mais la membrane muqueuse où réside ce sens a été souvent le siège d'une hémorrhagie qui, par sa fréquence et par ses rapports avec d'autres symptômes, mérite de nous arrêter un instant. Il n'est aucune maladie où les épistaxis nous aient paru se montrer aussi fréquemment.

L'épistaxis se montre à trois époques différentes des fièvres graves : 1° à leur début; 2° pendant leur cours; 3° vers leur terminaison.

Au début, l'épistaxis se lie souvent à de la céphalalgie et à tous les signes d'une congestion cérébrale; d'autres fois elle se manifeste sans que ces signes existent.

Pendant le cours de la maladie, elle coïncide, chez un certain nombre d'individus, avec une vive rougeur de la face, l'injection des yeux, des étourdissements, un pouls plein et rebondissant, et avec cet ensemble de symptômes qui constitue

la fièvre inflammatoire. Mais, chez d'autres sujets, il n'en est plus ainsi : on la voit paraître en même temps que se montrent les signes de l'état adynamique; souvent même elle en est comme le prodrome, et à mesure qu'elle se répète, à mesure aussi augmentent la prostration, la pâleur de la face, la stupeur, le trouble de l'intelligence, les soubresauts des tendons, etc. Plus d'une fois nous l'avons vue, en pareil cas, se manifester à la suite d'abondantes saignées, et se renouveler d'autant plus que celles-ci étaient répétées davantage. Nous l'avons vue aussi coïncider avec d'autres hémorrhagies des muqueuses, ou avec le développement de pétéchies plus ou moins nombreuses. Dans plusieurs de ces cas, l'apparition d'une ou de plusieurs épistaxis nous a paru marquer d'une manière très-tranchée le passage d'une fièvre continue, assez bénigne jusqu'alors (bilieuse ou inflammatoire), à une fièvre beaucoup plus grave (ataxique ou adynamique).

Enfin, chez quelques malades, l'épistaxis a été accompagnée d'un amendement sensible des symptômes; c'est dans des cas pareils qu'on l'a considérée comme critique. Dans une de nos observations, l'hémorrhagie nasale, dont l'apparition avait coïncidé avec une amélioration notable de la maladie, menaça ensuite de devenir funeste par son excessive abondance. Elle cessa, dès que l'on eut commencé à donner une médication tonique (obs. CXXXIX).

Il y a effectivement de ces épistaxis dont l'abondance augmente en raison directe de l'affaiblissement des malades et de leur état d'anémie. C'est ainsi qu'il est souvent difficile d'arrêter le sang donné par les piqûres de sangsues, chez les individus lymphatiques, faibles, épuisés par une longue maladie, ou qui ont été déjà beaucoup saignés.

Quelques individus n'ont eu qu'une seule épistaxis; chez d'autres elle s'est renouvelée, soit plusieurs jours de suite, soit

à différentes époques; et si dans certains cas on a cherché à la favoriser, dans d'autres on a été obligé d'avoir recours à des moyens mécaniques pour l'arrêter le plus promptement possible.

Comme sens du toucher, la peau nous a présenté, dans sa sensibilité, de remarquables anomalies. Ainsi, cette sensibilité s'est trouvée abolie chez les individus qui font le sujet des observations XVIII, XXXIV. Elle était, au contraire, singulièrement exaltée chez les sujets des observations IV, XXXIX : chez ces malades, l'endolorissement de toute la peau était tel que la pression la plus légère, exercée sur un de ses points, arrachait des cris. Fixée sur la peau des parois abdominales, une pareille exaltation de la sensibilité aurait pu faire croire à l'existence d'une péritonite. Aussi, toutes les fois qu'un individu atteint de fièvre grave paraît vivement souffrir par le palper abdominal, nous ne manquons jamais de presser comparativement d'autres points de l'enveloppe cutanée, afin de mieux nous éclairer sur la véritable nature de la douleur abdominale. Chez le sujet de l'observation XVIII, la sensibilité cutanée présenta, dans un court espace de temps, de rapides alternatives de diminution et d'exaltation. Il en fut de même chez la jeune fille de l'observation CXXXIII.

Mais ce n'est pas seulement comme sens du toucher que la peau s'est montrée altérée chez nos malades.

D'abord elle nous a offert diverses modifications de température, que nous avons notées plus haut.

L'exaltation dont elle est le siège est rarement restée à son état normal. Chez les uns elle a été augmentée pendant tout le cours de la maladie, et chez ceux-là l'affection a été généralement peu grave. L'état de moiteur ou de sueur qui en résulte peut être continu, ou alterner avec un état de sécheresse de la peau, soit à des intervalles qui n'ont rien de fixe,