

Nous nous expliquions comment nous n'avions pas trouvé d'épanchement de matière intestinale dans le péritoine, en considérant que ces perforations étaient bouchées par le fait des adhérences des intestins, dont les anses étaient accolées les unes aux autres.

Toute la surface interne du tube digestif, dans ses dernières portions, était arborisée; ces arborisations étaient d'autant plus serrées qu'elles se rapprochaient des parties ulcérées.

Les ganglions mésentériques, tuméfiés, étaient ramollis et réduits en une pulpe rougeâtre.

Le tissu de la rate et du foie, dont le volume était considérablement augmenté, était mou et s'écrasait sous la pression. — Les poumons, congestionnés, ne présentaient pas d'hépatisation. — L'encéphale n'offrait aucune lésion appréciable.

Ainsi que je vous l'ai dit, messieurs, ce fait permet de comprendre les guérisons de perforations intestinales, dont les professeurs Stokes, Graves (de Dublin), et d'autres médecins après eux, ont rapporté des exemples: il nous montre aussi la pathogénie des péritonites sans perforation.

Celles-ci peuvent être la conséquence des ulcérations qui arrivent, comme vous l'avez vu chez notre malade, jusqu'à la lame séreuse de l'intestin, qu'elles enflamment sans la détruire. Supposez ces ulcérations en très-petit nombre ou très-éloignées les unes des autres, la péritonite qui se développera à leur niveau pourra rester circonscrite dans un espace très-limité et n'avoir pas de gravité; mais supposez ou que ces ulcérations soient nombreuses et confluentes, ou que l'inflammation de la membrane séreuse abdominale s'étende de proche en proche, à la façon d'un érysipèle, la péritonite se généralisant pourra tuer le malade.

Maintenant ces péritonites partielles vont vous expliquer la possibilité de la guérison des perforations intestinales. Ces lésions, vous le savez, n'amènent la mort que par le fait de la péritonite générale et violente que provoquent les matières versées de l'intérieur du tube digestif dans la cavité du péritoine. Or, quand des adhérences se sont établies entre les anses intestinales consécutivement à l'inflammation de la membrane séreuse qui les recouvre, l'épanchement des matières ne peut plus avoir lieu, puisque les ouvertures des ulcérations se trouvent fermées par l'accolement des intestins, et l'on conçoit que ces adhérences pouvant persister assez longtemps pour permettre à la solution de continuité de se cicatrifier, le malade guérisse de cette complication.

C'est par ce mécanisme que la femme dont il vient être question n'a pas succombé aussi rapidement que succombent d'ordinaire les individus atteints de perforations. Chez elle, la mort a été la conséquence de la péritonite généralisée produite par les ulcérations multiples de l'intestin arrivant jusqu'à la membrane séreuse et non d'une péritonite générale

d'emblée, consécutive aux perforations et à l'épanchement des matières fécales, puisque, à l'autopsie, je vous l'ai fait observer, nous trouvions les anses des intestins accolées les unes aux autres, et empêchant par conséquent cet épanchement de se faire.

Quant au diagnostic, qu'elles soient spontanées, qu'elles soient causées ou non par des perforations, ces péritonites se manifestent par les mêmes symptômes. On a bien dit que la péritonite consécutive à la perforation pouvait se reconnaître à la spontanéité et à l'excessive acuité de la douleur, se manifestant d'abord dans la région du ventre occupée par le cæcum et par la deuxième partie de l'iléon, lieux d'élection des ulcérations intestinales, s'étendant bientôt de là dans tout l'abdomen, s'exaspérant à la pression; on a dit encore que dans la péritonite par perforation, il y avait toujours suppression d'urine, mais se sont là des signes très-peu certains d'un diagnostic différentiel que l'ouverture du corps permet seule d'établir.

On conçoit néanmoins que ce diagnostic ait une certaine importance au point de vue du pronostic, car la péritonite sans perforation ne présente pas la même gravité que la péritonite par perforation, qui est presque fatalement mortelle. Dans l'impossibilité où nous sommes de distinguer la nature de ces complications, nous devons craindre, lorsqu'elles arrivent, une terminaison funeste. Enfin, messieurs, vous comprendrez combien, en ayant égard aux altérations du tube digestif dans la dothiésentérie, vous devez être réservés dans le pronostic à porter de cette maladie, en songeant que dans les cas mêmes où elle s'était montrée sous les dehors de la plus absolue bénignité, au moment où, croyant votre malade quitte de tout accident, vous allez annoncer sa guérison, vous pourrez voir survenir cette perforation intestinale, terrible complication contre laquelle vous essayerez trop souvent en vain de lutter, ou une de ces péritonites sans perforation qui, bien que moins dangereuses, ont aussi leur gravité.

§ 2. — Hémorrhagies intestinales. — Fièvre putride hémorrhagique.

Une femme âgée de soixante-quatre ans, — j'appelle votre attention sur son âge, car cette malade nous a présenté une des rares exceptions à la règle générale qui veut que la dothiésentérie n'attaque le plus habituellement que les jeunes sujets; — une femme âgée de soixante-quatre ans entra le 7 mars 1859 à l'Hôtel-Dieu, où vous l'avez vue couchée au n° 31 de la salle Saint-Bernard. Elle succomba le septième jour de son arrivée, emportée par une complication dont je veux vous entretenir.

A son entrée dans nos salles, elle était dans la prostration et le délire. Le ventre paraissait indolent, on ne provoquait pas le gargouillement par la pression de la fosse iliaque; il n'y avait pas de diarrhée. Le pouls

était à 108; il y avait un peu de dyspnée avec quelques râles sous-crépitaux à la base droite du thorax. La rate n'était point augmentée de volume. Nous apprenons que la maladie a commencé par du mal de tête et des frissons.

Le lendemain, nous constatons sur le ventre quelques taches ayant quelques-uns des caractères des taches typhoïdes; trois jours plus tard leur nature n'était plus douteuse. A ce moment il y avait une amélioration marquée. Le soir, mon chef de clinique, M. Moynier, la voit mangeant avec appétit un potage qu'elle trouve insuffisant, lorsque trois heures plus tard, survient une hémorrhagie intestinale si abondante que le lit était inondé et que le sang se répand sur le plancher de la salle. La malade succombe en moins d'une heure après le début de cet accident.

A l'autopsie, on trouve les parties supérieures de l'intestin grêle saines, mais les parties inférieures offrent les lésions suivantes : Les plaques de Peyer sont profondément atteintes. A environ 6 à 8 centimètres de la valvule iléo-cæcale, il en existe une qui est ulcérée de telle façon que la membrane séreuse est presque mise à nu. Ses bords sont boursoufflés, et sa surface est recouverte de détritus exhalant une odeur fétide. Un peu plus haut, d'autres plaques, larges environ de 1 à 2 centimètres, laissent voir la tunique musculuse de l'intestin à nu. Ces plaques sont hypertrophiées, ramollies. Les follicules isolés présentent aussi des altérations profondes. L'intestin est rempli d'une grande quantité de sang, qui a coloré la membrane muqueuse en rouge-noir. Du côté du cæcum, on retrouve des follicules isolés profondément ulcérés, et une grande quantité de sang accumulé. Le tube digestif ne contient pas de matières fécales. Les ganglions mésentériques sont confondus dans une masse énorme de graisse. D'après l'examen de ces lésions, il est évident pour nous que la maladie était arrivée au delà du quatorzième ou quinzième jour de son début. La rate a son volume normal, mais elle est très-ramollie. Le foie, hypertrophié, a perdu sa consistance naturelle. Les deux poumons sont congestionnés. Le cœur, dilaté, est rempli de caillots noirâtres. Le cerveau n'offre aucune lésion.

C'est, depuis sept ans, messieurs, le troisième exemple qui se présente à moi d'individus mourant d'hémorrhagies intestinales dans le cours d'une dothiésentérie. Dans les deux autres, les malades ne succombèrent pas foudroyés par l'abondance de la perte du sang, comme la femme dont je viens de vous rapporter l'histoire. L'un fut pris, au vingt-troisième ou vingt-quatrième jour de la maladie, de ces accidents, qui se renouvelèrent pendant trois ou quatre jours de suite, et mourut dans un état d'anémie, de débilité profondes, déterminé par des hémorrhagies successives. L'autre avait présenté au dix-neuvième jour de la fièvre typhoïde, des phénomènes nerveux ataxiques, lorsque survint une perte de sang modérée à la suite de laquelle on constata, dans la situation du sujet, un amende-

ment notable qui persista pendant huit jours. Cependant les accidents nerveux se reproduisirent; survint une nouvelle hémorrhagie, puis une troisième. Les troubles de l'innervation, au lieu de se calmer, comme ils l'avaient fait d'abord, augmentèrent et enlevèrent le malade.

Les hémorrhagies intestinales sont des accidents qui se rencontrent fréquemment dans la dothiésentérie; peut-être même sont-elles encore plus fréquentes qu'on ne le croit généralement, si l'on en juge d'après les faits où à l'autopsie seulement leur existence a été révélée, lorsqu'en ouvrant le tube digestif on trouve une quantité plus ou moins considérable de sang qui n'avait pas dépassé la valvule iléo-cæcale. On conçoit que si, dans ces circonstances, une hémorrhagie un peu abondante peut être soupçonnée d'après les symptômes généraux qui la caractérisent, faiblesse plus grande du malade, pâleur subite des téguments, etc., une perte de sang très-modérée peut passer tout à fait inaperçue. Le plus ordinairement l'hémorrhagie se fait jour au dehors, et suivant les cas, le sang est rendu presque pur, très-reconnaissable, ou bien altéré, sous forme de matière noirâtre ressemblant à du goudron, lorsqu'il a longtemps séjourné dans l'intestin.

Vous lirez, vous entendrez dire partout que ces hémorrhagies sont des complications sérieuses, et qu'elles ajoutent à la gravité de la maladie. Cette opinion est celle de médecins les plus recommandables; mais, ainsi présentée, elle est beaucoup trop absolue, et, pour mon compte, après m'être longtemps rangé à cet avis, je professe aujourd'hui une doctrine tout à fait opposée, à savoir, que les hémorrhagies intestinales, dans la fièvre typhoïde, loin d'avoir la gravité qu'on leur accorde, constituent le plus souvent un phénomène de favorable augure. C'est aussi la manière de voir de Graves. Lorsque je fus pour la première fois cette proposition dans les leçons cliniques du professeur de Dublin, étant encore sous l'empire des idées contraires dans lesquelles mon éducation médicale s'était faite, je fus d'abord étonné de voir un homme d'une aussi grande valeur, d'une aussi grande renommée, en désaccord avec ce que je croyais savoir. Une pareille autorité me donna à réfléchir, et, passant en revue les faits que j'avais observés moi-même, je me rappelai des guérisons qui avaient eu lieu dans des cas où j'avais eu affaire à ces accidents. Je portai dès lors sur ce point une attention plus soutenue, et si les trois cas dont je vous ai parlé tout à l'heure semblent venir confirmer ce qu'on a dit de la gravité des hémorrhagies intestinales, je pourrais leur en opposer d'autres, en bien plus grand nombre, à l'appui de la doctrine de Graves.

Sans aller les chercher ailleurs que dans les observations recueillies sous vos yeux, je vous rappellerai les deux suivantes :

Une jeune fille âgée de vingt ans, d'une belle et vigoureuse constitu-

tion, entrant dans le service de la Clinique, au n° 5 de la salle Saint-Bernard, le 14 octobre 1857. Elle était malade depuis huit jours, mais n'avait été forcée de s'aliter que le quatrième jour. La dothiésentérie marchait régulièrement sans présenter d'autres phénomènes qu'un abattement considérable, la fièvre et la diarrhée étant d'ailleurs très-modérées, lorsque le 18 octobre, au douzième jour de sa maladie, cette jeune fille eut une *hémorrhagie intestinale abondante*; elle remplit à peu près un vase de nuit d'un sang noir, liquide et d'une odeur très-fétide. Cet accident se répéta le lendemain, et le sang fut rendu en même quantité; le troisième jour les garde-robes étaient encore noires et fétides.

Les symptômes généraux étaient peu alarmants, à partir de cette époque ils s'amendèrent notablement : la fièvre tomba graduellement de jour en jour, et la malade sortit complètement guérie le 17 novembre, un peu plus d'un mois après son entrée à l'hôpital.

Un fait remarquable, c'est que, malgré ces deux énormes pertes de sang, la malade, qui était naturellement colorée, garda son teint habituel et ne parut nullement affaiblie.

L'année dernière, un homme de vingt-sept ans, grand, bien constitué, mais au teint blanc et aux cheveux blonds, arrivait le 10 juin au n° 16 de la salle Sainte-Agnès. Il était malade depuis onze jours d'une fièvre putride nettement caractérisée et de forme grave.

Habitant depuis peu Paris, où il exerçait la profession de journalier, il avait été languissant pendant une semaine, se plaignant de maux de tête violents, lorsque le 7 juin, il fut forcé de garder le lit. Les symptômes de l'affection abdominale prédominaient, et étaient caractérisés par un ballonnement considérable du ventre, par une diarrhée fréquente et abondante; la fièvre était vive, la langue d'une sécheresse notable; enfin il y avait du délire.

Le 23 juin, au vingt-quatrième jour du début de sa dothiésentérie, ce jeune homme rendit dans la journée trois garde-robes abondantes, composées d'un sang noir, liquide, mélangé de quelques caillots. Aussitôt après cette hémorrhagie, nous constatons un mieux sensible; le soir on notait : fièvre modérée, peau sans chaleur anormale; le malade se trouvait plus à son aise et demandait à manger; cependant la langue était toujours poisseuse, rouge et sèche au milieu.

Le lendemain, il y avait eu, depuis les évacuations sanglantes de la veille, trois garde-robes diarrhéiques ordinaires; la langue était humide sans être rouge, avec un léger enduit blanc jaunâtre à la base. Le pouls, qui jusque-là montait au-dessus de 120, était descendu à 80.

Cependant le malade souffrait d'une éruption ecthymateuse qui, dès le premier septénaire de sa fièvre, s'était déclarée sur les fesses, sur le dos, sur les cuisses. Au niveau du sacrum, les pustules s'étaient converties en des eschares larges, mais peu profondes, n'intéressant pas toute l'épais-

seur du derme; leur fond était grisâtre. Pour combattre ces complications occasionnées par le contact des urines, des matières excrémentielles, et par la pression exercée sur les parties affectées dans le décubitus dorsal que l'individu n'avait pas quitté, nous imaginâmes de le coucher sur de la paille couverte d'un simple drap, comme cela se pratique chez les *gâteuses* de la Salpêtrière, lorsqu'on veut prévenir les excoriations du siège. Selon notre habitude, nous avons alimenté notre malade durant tout le temps de la maladie; on augmenta un peu la quantité de potage qu'on lui donnait.

Les eschares se cicatrisaient, les pustules d'ecthyma qui n'étaient point encore ulcérées se séchaient, l'état général se maintenait satisfaisant, lorsque le 26 survint une nouvelle hémorrhagie intestinale, compliquée cette fois d'épistaxis et d'écoulement par la bouche du sang venu des fosses nasales.

Nonobstant ce nouvel accident, la convalescence finit par s'établir, et le malade fut bientôt en état de quitter l'hôpital.

Ces faits sont positifs. J'en aurais d'autres à ajouter, tirés également de ma pratique; d'autres encore qui ont été observés ailleurs par des médecins d'une expérience reconnue. Ainsi, M. le docteur Ragaine (de Mortagne)¹ rapporte que sur 400 malades qu'ils a vus, 11 ont eu des hémorrhagies intestinales, et que ces 11 malades ont guéri. Tout récemment, M. le docteur Juteau (de Chartres) lisait, devant la Société médicale d'Eure-et-Loir, un travail fort intéressant sur une épidémie de fièvre dothiésentérique; il déclarait que cinq de ses malades avaient été atteints d'hémorrhagie intestinale, et que tous avaient guéri.

Je ne voudrais pas cependant que l'on me fit dire que je regarde comme d'une innocuité absolue ces accidents considérés jusqu'à présent comme des complications toujours sérieuses.

Ces hémorrhagies intestinales sont, dans un trop grand nombre de cas encore, très-graves. Par leur excessive abondance, elles peuvent foudroyer les malades, au même titre que toutes les autres pertes de sang, et vous avez entendu parler de morts causées par des épistaxis dont on ne pouvait se rendre maître; ce sont des accidents redoutables, lorsque, se répétant, elles épuisent le malade, et le font tomber dans un état d'anémie et de débilité qui entraîne l'extinction des forces vitales, ou des troubles nerveux ataxiques, comme chez un des trois individus dont je vous ai parlé. Enfin, ces hémorrhagies intestinales sont encore des complications sérieuses, lorsque, coïncidant avec des hémorrhagies nasales, gingivales, pulmonaires, uréthrales, sous-cutanées, elles sont l'expression d'une dyscrasie contre laquelle les ressources de l'art sont impuissantes; hémor-

1. Ragaine, *Mémoire sur une épidémie de fièvre typhoïde qui régna à Moulins-la-Marche pendant les années 1855, 1856.*

rhagies qui sont un des caractères de la maladie que nos devanciers désignaient sous le nom de *fièvre putride* par excellence, et que nous appelons aujourd'hui *fièvre putride hémorrhagique*; mais, dans ces cas, ce ne sont pas, à proprement parler, les pertes de sang qui tuent; la mort arrive par le fait de cet état morbide particulier qui constitue la putridité.

Tout dernièrement, vous vous le rappelez, nous avons eu dans notre salle Saint-Bernard un exemple de cette fièvre putride hémorrhagique.

C'était chez une femme de vingt-deux ans, couchée au n° 5. Accouchée depuis quatre mois, elle avait, disait-elle, toujours été parfaitement bien portante. Elle était malade depuis cinq jours, et, peu auparavant, ses règles avaient paru comme d'habitude. Sa maladie s'était annoncée par du mal de tête, des vertiges, des bourdonnements d'oreille qu'accompagnait une surdité assez prononcée, et par la fièvre. Tous ces phénomènes existaient encore lorsque nous vîmes cette femme à la première visite. La peau était chaude, le pouls à 108. La malade accusait une courbature générale, des douleurs dans les membres, principalement dans les jambes, et de la rachialgie. Elle souffrait également de la gorge; mais nous ne constatons rien de notable dans cette région. La langue était très-saburrale. Il y avait un peu de toux accompagnée d'une expectoration phlegmorrhagique. La malade se plaignait de ne pas pouvoir dormir; elle avait des rêveries; mais quand on lui parlait, elle répondait nettement aux questions.

Du côté de l'appareil digestif, nous notions des nausées et de la constipation. Nous prescrivîmes un purgatif composé de : calomel, 5 centigrammes, et de 1 gramme de jalap en poudre, à prendre un quart d'heure après le calomel.

Dans la nuit, il y eut un délire bruyant, loquace, mêlé de rires; l'expression du visage n'était pas hébétée; la fièvre était modérée, la peau modérément chaude; la langue, rouge, couverte d'un enduit saburral très-épais à la base. En passant légèrement l'ongle sur le front, sur le ventre, sur les bras, nous voyions la tache cérébrale se produire très-distinctement et persister un certain temps. Nous prescrivîmes le calomel à doses fractionnés, 5 centigrammes, divisés en dix paquets à prendre d'heure en heure.

Le troisième jour de l'entrée à l'hôpital, huitième du début de la maladie, le délire continuait, moins violent toutefois, et la malade répondait à nos questions. La tache cérébrale était très-apparente et persistait longtemps; le ventre était indolent; le pouls à 108; les gencives étaient saignantes. On continua le traitement de la veille.

Le lendemain, encore du délire et de la surdité. Le pouls est fréquent et d'une grande mollesse. Il n'y avait toujours pas de diarrhée. Quelques taches rosées lenticulaires apparaissaient sur l'abdomen. Les gencives étaient encore saignantes, et de plus, en faisant coucher la malade sur le

ventre, nous voyions d'énormes ecchymoses sur la partie postérieure du corps, en particulier sur le tronc et sur les bras. Ces taches ecchymotiques, qui présentaient une saillie à leur centre, se trouvaient également à la partie antérieure de la poitrine, autour du sein gauche.

A l'auscultation, on entendait quelques râles sous-crépitants à droite et à gauche, et du souffle dans la fosse sous-épineuse du côté droit.

Nous ordonnâmes : quinquina en poudre, 4 grammes, à prendre dans une infusion de café; une potion avec : eau de Rabel, 4 grammes; sirop de ratanhia, 40 grammes; eau, 100 grammes. A donner par cuillerées à bouche. Enfin, comme tisane, de l'eau de Seltz et du lait glacé. L'agitation, le délire continuèrent, et de la diarrhée survint. Le ventre n'était pas ballonné. Les accidents thoraciques avaient augmenté. La respiration était haute, et le souffle, qui s'entendait toujours dans la fosse sous-épineuse à droite, s'entendait aussi à gauche à la base du poulmon.

On remplaça le quinquina par un gramme de sulfate de quinine donné de la même façon.

Le onzième jour de la maladie, cette femme succomba. Les accidents cérébraux avaient persisté; les accidents thoraciques s'étaient encore étendus, le souffle pouvant être perçu du haut en bas de la poitrine de chaque côté. La dyspnée était intense (56 inspirations par minute); le pouls à 136. Le sang s'écoulait par la bouche.

L'autopsie fut faite le lendemain. Dans les intestins, nous ne trouvâmes pas de traces d'hémorrhagie. A la partie inférieure de l'iléon, trois plaques de Peyer ramollies, mais non ulcérées. Quelques follicules isolés tuméfiés. Les ganglions mésentériques engorgés avaient une coloration rosée. — La rate, lie de vin foncée, était augmentée de volume. Son parenchyme était diffus. — Le foie avait une consistance molle. — La partie postérieure des lobes inférieurs des deux poulmons était le siège d'un engorgement apoplectique qui occupait toute leur étendue. Le tissu pulmonaire ramolli était noirâtre. — L'encéphale ne présentait qu'une très-légère injection des méninges.

Par quel mécanisme s'opèrent les hémorrhagies intestinales dans la fièvre putride? Souvent, à l'autopsie des individus enlevés par la dothiésentérie, on aperçoit, au fond des ulcérations de l'intestin, des vaisseaux mésentériques à nu. On peut supposer alors que ces hémorrhagies sont dues à la désorganisation de l'un de ces vaisseaux rompu dans le travail d'élimination du bourbillon furonculeux. Toutefois, le plus ordinairement, pour ne pas dire toujours, les choses ne se passent pas ainsi. Le sang est exhalé par la surface muqueuse, absolument comme cela a lieu dans un grand nombre d'autres cas, comme cela a lieu, par exemple, dans l'hématémèse, dans l'épistaxis. La cause prochaine de cette exhalation sanguine est une modification profonde éprouvée par le sang qui se trouve dans cet état qu'on a appelé *état de dissolution*, dont vous pourrez

vous rendre compte en examinant les saignées faites dans les services de nos hôpitaux dirigés par les médecins qui ont recours aux émissions sanguines dans le traitement de la fièvre typhoïde. Ceux de vous qui ont suivi les excellentes cliniques de mon honorable et très-savant collègue M. le professeur Bouillaud, le plus ardent défenseur de cette médication antiphlogistique, savent que le sang tiré de la veine ou obtenu par des ventouses scarifiées présente une diffuence essentiellement différente de celle que présente le sang des individus atteints d'une de ces maladies dites franchement inflammatoires, comme la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu. Ce caractère particulier du sang porté au plus haut degré dans la fièvre putride hémorrhagique dont je vous ai rappelé tout à l'heure un fait, cet état de dissolution du sang, vous le retrouverez encore dans certaines pyrexies, entre autres dans la fièvre jaune, cette singulière maladie dont les hémorrhagies intestinales et stomacales sont des phénomènes pathognomoniques, si bien que dans quelques contrées de l'Amérique du centre, dans les Antilles, où elle est endémique, on la connaît sous le nom vulgaire de *vomito negro* (vomissement noir). Dans la scarlatine, dans la diphthérie, dans la rougeole, dans la variole, cette diffuence du sang est le fait ordinaire, et c'est à elle qu'il faut attribuer les hémorrhagies intestinales, rénales, nasales, qui surviennent dans les cas analogues à ceux dont je vous ai parlé en traitant de ces maladies. Ici, pas plus que dans la fièvre jaune, il n'existe d'ulcérations intestinales sur le compte desquelles on puisse mettre les accidents. On comprend toutefois que ces lésions intestinales dans la dothiésentérie puissent favoriser la tendance à l'exhalation sanguine, de même que dans une variole, dans une rougeole, dans une scarlatine hémorrhagiques, dans la diphthérie, une excoriation de la membrane muqueuse nasale favorisera la production d'une épistaxis, de même qu'une surface dénudée par les vésicatoires deviendra plus facilement aussi le siège d'une hémorrhagie cutanée.

Les ulcérations de l'intestin sont si peu la condition essentielle de la production des hémorrhagies, que vous voyez souvent celles-ci survenir à une époque encore éloignée du moment où ces ulcérations se font.

Il y a quatre ans, j'étais mandé en consultation par M. le docteur Olliffe auprès d'une jeune Anglaise prise de ces accidents. Chez cette malade, l'hémorrhagie intestinale avait eu lieu au neuvième jour de la fièvre putride, et, à cette période de la maladie, on ne peut admettre l'existence des ulcérations, qui ne se forment guère, je vous l'ai dit, que du quatorzième au seizième jour. L'hémorrhagie dura deux jours; elle fut si considérable, qu'elle occasionna une anémie profonde. Cependant, au quatorzième jour de la maladie, une amélioration sensible se manifesta dans l'état général, et, sept jours après, la fièvre typhoïde était tout à fait guérie; il ne restait plus que l'anémie consécutive aux pertes excessives de sang.

Nous nous sommes demandé s'il n'y aurait pas lieu d'invoquer, en quelques circonstances, l'influence d'une *constitution médicale* régnante sur la production de ces hémorrhagies. Il y a quelques années, en même temps que nous observions ces accidents dans un certain nombre de nos fièvres typhoïdes, nous voyions aussi des hémorrhagies passives survenir chez d'autres malades; nous observions des cas de *purpura hæmorrhagica*, de variole noire, et de nombreux exemples de ces éruptions pétéchiales scarlatiniformes que je vous ai signalées dans les varioloïdes au début.

Pour lutter contre les hémorrhagies intestinales, vous m'avez vu donner aux malades des préparations de ratanhia et d'acide sulfurique. Je prescrivis en effet habituellement la potion suivante, qui doit être administrée par cuillerées dans le courant de la journée : eau de Rabel, 4 grammes; sirop de ratanhia, 40 grammes; eau, 100 grammes. Pour prévenir le retour des accidents lorsqu'ils se sont produits, c'est au quinquina que je m'adresse; je fais prendre chaque jour 4 grammes de poudre de quinquina jaune dans une demi-tasse d'infusion de café noir. Pour arrêter le flux hémorrhagique au moment où il se produit, ce médicament n'a sans doute pas un effet assez immédiat; mais, comme moyen de remédier à la disposition organique en vertu de laquelle ces hémorrhagies ne tarderaient pas à se renouveler, le quinquina en poudre possède une puissance incontestable. L'essence de térébenthine a encore été préconisée par Graves dans le traitement de ces hémorrhagies.

§ 3. — Altérations du rein et modifications des urines dans la dothiésentérie. — Albuminurie fréquente et urémie possible. — Altérations du cœur et troubles cardiaques. — Altérations du sang. — Dégénérescence granuleuse et cirreuse des muscles striés. — Nature de cette dégénérescence et accidents consécutifs. — Marche spéciale de la température. — Elle est caractéristique. — Parallélisme entre cette marche de la chaleur et l'évolution des lésions intestinales.

Dans beaucoup de cas, dit Griesinger¹, on trouve, au plus fort de la dothiésentérie, une légère hypertrophie et une turgescence du parenchyme du *rein*, les épithéliums sont un peu tuméfiés, de fines granulations leur donnent un aspect trouble, et assez souvent les tubuli contiennent des cylindres hyalins. Dans la période de déclin de la maladie, on trouve plus habituellement la substance corticale décolorée, les épithéliums ont subi une véritable dégénérescence graisseuse; ce n'est que tout à fait par exception que l'on constate les altérations d'une maladie de Bright aiguë bien accusée, c'est-à-dire une tuméfaction intense du rein et en particulier de la substance corticale, une coloration blanchâtre avec des stries

1. Griesinger, *Traité des maladies infectieuses*, traduction française, 2^e édition, Paris, 1876.