

Marignac, la mort est survenue 6 fois sur 25. Cette mortalité peut certainement être abaissée par les bains froids, et plusieurs exemples cités par Tripier et Bouveret démontrent qu'ils peuvent sauver des malades en apparence perdus. Ils agissent avec le plus d'efficacité dans les formes intenses avec hyperthermie et accidents nerveux; dans ces cas, il ne faut pas hésiter à employer la méthode de Brand dans toute sa rigueur, en y associant même le drap mouillé. Sous l'influence de ce traitement, la pneumonie peut entrer en résolution au bout de 3 à 4 jours. Mais tous les cas ne sont pas aussi favorables, et trop souvent l'adynamie et la faiblesse du cœur s'opposent à une intervention aussi énergique et aussi heureuse. Quand la fièvre typhoïde date de plus de 3 semaines et quand le cœur est affaibli, si d'ailleurs l'intensité de la fièvre et les troubles cérébraux graves l'exigent, Tripier et Bouveret conseillent, au lieu des bains froids, les *bains tièdes progressivement refroidis* suivant la méthode de Ziemssen.

Le même traitement convient à la *broncho-pneumonie* et aux *congestions hypostatiques*, accidents qu'il est moins facile de combattre que de prévenir par les bains froids donnés en temps utile. Le froid augmente l'activité de la circulation pulmonaire, favorise l'expulsion des mucosités bronchiques et empêche l'affaiblissement du cœur, en supprimant l'hyperthermie. Aussi l'hydrothérapie est-elle encore utile quand, dans la fièvre typhoïde tardivement traitée, les poumons sont engoués et deviennent le siège de noyaux de broncho-pneumonie. Toutefois, si le cœur est affaibli et si l'adynamie est prononcée, il sera prudent de commencer par des *bains tièdes*, en diminuant progressivement la température des bains. En suivant de près ces malades, en aidant l'action des bains par les stimulants, les injections d'*ether* et de *cafféine* ou de *spartéine*, on peut encore obtenir de véritables résurrections. En pareil cas, le cœur est autant et plus à traiter que le poumon, et nous verrons à propos des complications cardiaques ce qu'il convient de faire.

Malheureusement il est des broncho-pneumonies graves

par leur étendue et leur persistance, sans hyperthermie, avec des courbes thermiques irrégulières, sans phénomènes nerveux graves. On les observe surtout à la suite de suppurations, d'eschares, parfois de phlébite; ce sont, comme les appellent Tripier et Bouveret, des broncho-pneumonies pyohémiques ou septicémiques, contre lesquelles les traitements hydrothérapiques sont impuissants. La *quinine*, les *toniques* et les *stimulants* doivent être administrés en pareil cas, quelque faibles que soient les chances de guérison.

#### F. — TRAITEMENT DES COMPLICATIONS CARDIAQUES

L'*affaiblissement du cœur* est le danger des fièvres typhoïdes graves, qu'il se produise dès les premiers jours en même temps que l'hyperthermie et l'ataxie, ou, ce qui est plus habituel, qu'il apparaisse vers la fin du second septénaire ou plus tard, pour se compliquer bientôt de congestion hypostatique des poumons, d'oligurie, de cyanose des extrémités et aboutir au collapsus. L'état du cœur est donc la source d'indications importantes pour le pronostic et le traitement; et il est indispensable de le suivre de très près, en s'appuyant sur l'exploration quotidienne de la région précordiale et du pouls. L'affaiblissement des bruits du cœur, la fréquence et la petitesse du pouls, parfois des souffles transitoires et des irrégularités du rythme sont des signes particulièrement graves qui peuvent faire redouter une issue fatale à brève échéance. Toutefois le pronostic ne doit jamais être considéré comme désespéré et nous avons vu guérir, comme beaucoup d'autres médecins, des typhiques atteints de faiblesse avec disparition presque complète du premier bruit, ou encore de tachycardie avec rythme fœtal, engouement pulmonaire et tendance à la cyanose.

Le traitement *préventif et curatif* de l'affaiblissement du cœur réside presque tout entier dans l'emploi de l'*eau froide*. Elle agit comme tonique des vaisseaux et du cœur, diminue son accélération et relève le pouls. D'autre part, elle prévient



la parésie cardiaque en agissant sur l'hyperthermie et en réduisant au minimum l'infection typhique. L'effet immédiat du bain froid se manifeste d'ailleurs par la diminution du diastolisme du pouls et de sa fréquence. Tripier et Bouveret ont vu disparaître sous son influence les intermittences précoces dont le pronostic est généralement grave; et dans les cas habituels, les bruits du cœur deviennent plus forts et les souffles cardiaques disparaissent.

Le bain froid doit donc être prescrit sans hésitation dans les fièvres typhoïdes graves avec hyperthermie et tendance à l'affaiblissement du cœur. Il agit non moins favorablement dans la parésie cardiaque tardive, mais ne doit pas être employé d'emblée dans les cas d'adynamie avec cyanose commençante et engouement pulmonaire. Il est plus prudent de donner d'abord le bain tiède progressivement refroidi ou le demi-bain tiède avec affusion froide dans le bain; et à mesure que le pouls se relève, que la stase veineuse diminue, on revient au bain froid. En même temps l'on administre au malade des *boissons chaudes et stimulantes*, et si cela ne suffit pas, on a recours aux injections sous-cutanées d'*éther* et de *sparteïne*; celle-ci, recommandée par Juhel-Rénoy, est donnée à la dose de dix centigrammes par jour en deux fois. Enfin, à l'exemple de Jullien, nous avons parfois obtenu de bons résultats de l'application d'une *vessie de glace* sur la région précordiale.

Ces derniers moyens peuvent seuls être employés dans le collapsus cardiaque des fièvres typhoïdes tardivement traitées, avec température peu élevée et profonde adynamie. Le bain est à peu près impossible et doit être remplacé par la lotion. Et même, si le collapsus persiste, le malade se trouvant à peu près dans la situation d'un cholérique, il faut, suivant la recommandation de Tripier et Bouveret, substituer l'eau chaude à l'eau froide. On enveloppe tout le corps, sauf la tête, dans une pièce de flanelle trempée dans de l'eau très chaude et l'on pratique, par-dessus la flanelle, des *frictions énergiques*, en respectant l'abdomen. L'enveloppement est répété toutes

les dix minutes, et en même temps on fait boire au malade des *boissons alcooliques chaudes*.

La *syncope*, très rarement observée dans le bain, plus habituellement entre les bains ou pendant la convalescence, exige une intervention du même ordre; mais, avant tout, le malade doit être couché dans la position *horizontale*, la tête basse. La *flagellation*, les *frictions énergiques*, les *enveloppements chauds*, les *boissons stimulantes* et les injections d'*éther* peuvent faire revenir le malade à lui; trop souvent, surtout pendant la convalescence, la syncope est mortelle. Peut-être pourrait-on prévenir cette terrible terminaison par la recherche quotidienne des signes de l'affaiblissement du cœur, affaiblissement immédiatement combattu par les stimulants, les injections de caféine et d'*éther* et des boissons alimentaires non interrompues pendant la nuit. Il semblerait en effet que la mort subite se produise plus volontiers le matin au réveil, et Lyon attribue cela à l'inanition résultant de la non-alimentation pendant la nuit. Enfin, quand la syncope peut être redoutée, il est nécessaire d'interdire au malade tout mouvement brusque et de lui prescrire la position horizontale. C'est en effet sous l'influence des mouvements qu'il fait pour s'asseoir dans son lit ou se lever que survient habituellement la mort subite.

Il ne faudrait pas confondre avec la syncope les *lipothymies* qui se produisent quelquefois dans le bain chez les personnes nerveuses et que l'on peut prévenir par des boissons stimulantes avant le bain, des frictions pendant le bain, et, s'il est nécessaire, le bain tiède momentanément substitué au bain froid. Mais dès que la lipothymie paraît, le malade doit être immédiatement sorti de l'eau, couché à plat et énergiquement frictionné.

#### G. — TRAITEMENT DES COMPLICATIONS RÉNALES

L'*albuminurie* est un symptôme presque constant de la fièvre typhoïde et ne constitue une complication que lors-



qu'elle devient trop abondante avec douleurs rénales et diminution de la sécrétion urinaire. C'est alors une *néphrite* véritable, paraissant liée à l'action sur l'épithélium du rein des toxines qu'il doit éliminer. Cette néphrite, en favorisant la rétention dans le sang des déchets et des poisons, augmente l'état typhoïde, détermine la sécheresse de la langue, des phénomènes urémiques et parfois se complique d'œdème. Il s'agit là d'une complication tardive de la fièvre typhoïde, dont le pronostic est d'autant plus grave que le cœur lui-même est déjà affaibli.

Une autre forme de néphrite, dont notre excellent interne Bodin a rapporté une observation très étudiée<sup>1</sup>, est plus précoce; elle est au rein ce que la pneumo-typhoïde est au poumon, c'est-à-dire une sorte de localisation primitive de la dothiéntérie sur le rein. Elle est caractérisée surtout par de l'hématurie, la présence dans les urines du bacille d'Eberth à l'état de pureté, des douleurs rénales.

Ces complications, loin d'être une contre-indication à l'emploi des bains froids, sont heureusement modifiées par eux. L'eau froide est un diurétique puissant et favorise l'élimination rénale, et l'expérience a appris qu'elle est inoffensive chez les malades atteints de néphrite. Il faut donc baigner les typhoïdiques atteints de néphrite dothiéntérique primitive, et cela d'autant plus que l'emploi des médicaments est rendu difficile par l'imperméabilité rénale. Dans le cas auquel nous faisons allusion, nous avons employé avec succès la méthode de Brand, en combattant les douleurs lombaires et la congestion rénale par des ventouses sèches et scarifiées, et l'abaissement de la pression artérielle par des injections sous-cutanées de caféine. La courbe thermique a été celle d'une fièvre typhoïde ordinaire, l'hématurie a duré autant que la fièvre, et le malade a parfaitement guéri.

Il faut également baigner les malades atteints de néphrite dothiéntérique tardive, mais en tenant compte de l'état du cœur et en commençant par les bains tièdes, s'il est affaibli. Il

1. BODIN. — *Presse médicale*, 1895.

va sans dire que dans tous les cas, les malades seront mis au régime lacté et qu'on veillera à la régularité des garde-robes, afin de réduire au minimum les causes d'intoxication. D'après les observations de Tripier et Bouveret, l'anasarque n'est pas une contre-indication à l'emploi de la méthode de Brand, à la condition, bien entendu, que le malade ait de l'hyperthermie.

Les néphrites dothiéntériques guérissent souvent. Toutefois il est nécessaire, dans les mois qui suivent la fièvre typhoïde, d'examiner de temps en temps les urines, une néphrite chronique pouvant se développer sourdement à la suite de la maladie.

#### H. — TRAITEMENT DES COMPLICATIONS LARYNGÉES

Suivant la remarque d'Homolle, les complications laryngées de la fièvre typhoïde sont beaucoup moins importantes par leur fréquence que par l'extrême gravité de quelques-unes d'entre elles, en particulier de la laryngite ulcéreuse et nécrosique avec œdème de la glotte (laryngo-typhus des auteurs allemands). Il importe donc de savoir la conduite à suivre en présence de cette grave complication. On l'observe au déclin ou dans la convalescence des fièvres typhoïdes graves, parfois dès la fin du second septénaire, comme dans une observation de Brühl. Elle se manifeste par de la raucité de la voix ou de l'aphonie, une sensibilité vive à la pression du larynx et quelquefois de la dysphagie douloureuse, enfin par une dyspnée laryngée rapidement croissante et qui exige la *trachéotomie immédiate*, seule chance de salut pour le malade. Mais la trachéotomie faite, tout danger n'est pas éloigné. Tout d'abord, les complications broncho-pulmonaires sont communes à la suite de la laryngite nécrosique et l'on peut observer, comme dans le cas de Brühl, un abcès du poumon. Le malade peut encore être emporté par une hémorragie de la plaie trachéale, ce qui s'est produit chez un malade de Tripier et Bouveret. Enfin les accidents laryngés eux-mêmes persistent et les malades trachéotomisés et guéris



sont obligés de garder la canule pendant de longs mois, parfois toujours. Cela tient aux lésions profondes des cartilages du larynx, en particulier des aryténoïdes, lésions qui aboutissent à la nécrose, à l'ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes et au rétrécissement définitif du larynx.

Pour prévenir et empêcher dans une certaine mesure ces graves accidents, il est nécessaire de pratiquer une *antisepsie soignée de la bouche, du nez et de la gorge* des typhiques par des lavages, des gargarismes et des pulvérisations d'eau boriquée ou d'une solution phéniquée faible. Cela est d'autant plus important que, jusqu'à présent du moins, le bacille d'Eberth n'a pu être trouvé dans les lésions laryngées de la fièvre typhoïde et qu'il est rationnel de les attribuer à une infection secondaire d'origine buccale. Les microbes habituels de la bouche et du nez, streptocoque, staphylocoque, pneumocoque, grâce à la sécrétion moindre du mucus bactéricide, à une phagocytose moins active et au terrain préparé par l'infection typhique, pénètrent facilement dans les conduits et les organes voisins, déterminant ainsi des parotidites, des otites moyennes, des broncho-pneumonies et sans doute aussi la laryngite ulcéreuse et nécrosique. Les accidents se produisent plus volontiers chez les typhiques dont le nez, la bouche et le pharynx sont secs et fuligineux; aussi, indépendamment de l'antisepsie des premières voies, faut-il combattre cette fâcheuse tendance par le traitement hydrothérapique et les boissons abondantes.

## V

**Traitement de la convalescence et des rechutes.**

La convalescence ne peut être admise que lorsque la température est restée normale pendant quarante-huit heures. A partir de ce moment, le malade, pâle, amaigri, anémié et profondément impressionnable, doit être progressivement alimenté. Mais il reste fragile et le moindre écart de régime,

la moindre fatigue peuvent provoquer soit de la fièvre, soit des troubles dyspeptiques, et retarder la guérison. Enfin des rechutes peuvent se produire. Le convalescent reste donc un malade à surveiller et de la bonne direction de son traitement dépend la rapidité de la guérison. Le médecin devra se préoccuper : 1° du régime alimentaire; 2° de l'hygiène; 3° de la possibilité, dans le cours de la convalescence, d'accès de fièvre secondaires et de rechutes.

## A. — RÉGIME ALIMENTAIRE

Jusqu'à l'apyrexie définitive, le typhique n'a pris que des aliments liquides et de légers potages sans pain. L'alimentation solide peut être commencée quand, la température étant normale, le pouls ralenti et la langue nette, le malade demande à manger. On lui donnera d'abord un œuf à la coque par jour, en dehors du lait et des potages, un peu plus tard du poisson bouilli ou frit et dépouillé de la peau (sole, merlan, truite de rivière), puis de la cervelle, du blanc de poulet, de la viande de bœuf peu cuite, hachée et délayée dans du bouillon, enfin de la côtelette d'agneau, de mouton, tout cela en petite quantité; les légumes et les grosses viandes de boucherie ne viendront qu'à la fin. Quant au pain, il pourra être permis à partir du 5<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> jour de la convalescence; mais par fractions minimales d'abord données une fois par jour seulement, et en recommandant au malade une mastication prolongée. Les graisses, les aliments de digestion difficile, les fruits à pépins seront proscrits. Le médecin doit entrer dans tous les détails du régime, régler la quantité, l'intervalle et les heures des repas. Il se basera sur l'état de la langue et de la température pour permettre au malade, tourmenté par la faim, une alimentation plus abondante, et veillera à ce que l'intestin fonctionne régulièrement, la constipation se produisant facilement pendant la convalescence. Si la langue redevient saburrale, si la température remonte, l'alimentation solide sera immédiatement interrompue, à moins que la



fièvre ne trouve son explication, comme cela arrive assez souvent, dans quelque furoncle ou abcès sous-cutané.

Si le malade est très affaibli, on pourra lui donner, deux fois par jour, après ses petits repas, un verre à liqueur de *vin de quinquina*. Il boira aux repas de l'eau rougie ou du vin blanc de Bordeaux additionné d'eau d'*Évian* ou d'une eau minérale gazeuse; certains convalescents ne supportent pas le vin, qui peut être remplacé par du grog.

La surveillance est surtout nécessaire pendant les dix ou douze premiers jours de la convalescence, les rechutes étant à craindre pendant cette première période.

#### B. — HYGIÈNE

Il sera sage de ne pas permettre le lever pendant la première semaine de la convalescence, le malade étant trop faible, sujet aux étourdissements, aux lipothymies et à l'accélération cardiaque sous l'influence de la station verticale. Et d'ailleurs le convalescent ne supporte aucune fatigue, les visites, les conversations prolongées et les lectures pouvant lui donner de la fièvre; ce fait bien connu a été démontré par Bouchard dans son mémoire sur le rôle de la débilité nerveuse dans la production de la fièvre. Il importe donc de recommander à l'entourage des convalescents les plus sévères précautions et de régler leurs distractions et leurs levers comme leur alimentation. Il est non moins utile de préserver le convalescent de tout refroidissement.

#### C. — TRAITEMENT DES ACCÈS DE FIÈVRE PENDANT LA CONVALESCENCE

Les élévations thermiques survenant pendant la convalescence peuvent tenir à plusieurs causes : 1° une alimentation trop substantielle (*febris carnis*) ou une fatigue; alors la fièvre est transitoire et cesse avec la cause qui lui a donné naissance; 2° un embarras gastrique, généralement accompa-

gné de constipation et dû à l'insuffisance du pouvoir digestif de l'estomac; un léger *laxatif*, une alimentation liquide et très lentement progressive auront en quelques jours raison de ces troubles gastriques. De petites doses de *bicarbonate de soude* et de *magnésie* aideront à en prévenir le retour; 3° une suppuration cutanée ou sous-cutanée exigeant l'incision et un pansement antiseptique; 4° une ostéite ou une périostite typhiques également justiciables d'un *traitement chirurgical*; 5° plus rarement quelques complications du côté des voies respiratoires.

En dehors de ces causes et de toute lésion appréciable, Biermer a signalé chez les typhiques convalescents une fièvre secondaire (*Nachfieber*), caractérisée par des accès intermittents modérés se reproduisant le soir d'une façon irrégulière, pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines. Il sera prudent de laisser ces malades au lit, de leur donner des aliments substantiels, mais d'une digestion facile, en surveillant toujours leur température (lait, œufs, viande crue râpée dans du bouillon), de leur prescrire de l'*extrait mou de quinquina* à la dose de 2 à 4 grammes par jour; enfin, si les accidents se prolongent et si la saison le permet, de les transporter à la campagne, en évitant toute fatigue et tout refroidissement.

#### D. — TRAITEMENT DES RECHUTES

La réapparition de la fièvre dans les dix ou douze jours qui suivent la dothiéntérie est souvent due à une rechute de la maladie, et celle-ci est certaine quand la température reste élevée matin et soir pendant plusieurs jours et qu'apparaissent au bout de 5 ou 6 jours de nouvelles taches rosées. Le traitement des rechutes doit se baser sur les mêmes règles que celui de la maladie et ne comporte aucune indication spéciale. La *quinine* est habituellement suffisante pour combattre les recrudescences fébriles; mais il ne faut pas hésiter à revenir au *bain froid* si la température et l'état général l'exigent. Les mêmes complications, hémorragie intestinale



et perforation, sont à redouter; de plus, les ostéites seraient particulièrement communes à la suite des rechutes (Déhu).

On a observé quelquefois une troisième et une quatrième rechute; c'est assez dire que la convalescence des rechutes ne demande pas moins de surveillance que celle de la maladie principale.

## VI

## Prophylaxie de l'entourage.

Sans aborder l'étude de la prophylaxie générale de la fièvre typhoïde qui appartient à l'hygiène, il est utile ici d'indiquer les mesures à prendre auprès des typhiques pour empêcher la contagion et la propagation de la maladie.

Le premier devoir du médecin est de rechercher la cause de la maladie et de prendre les dispositions nécessaires pour y soustraire les autres membres de la famille ou les autres habitants d'une maison. Cette cause étant habituellement une eau impure, contaminée par le germe typhique, il faudra recommander de ne se servir pour la boisson, les usages alimentaires et la toilette de la bouche que d'eau stérilisée, soit par une filtration sûre, soit par l'ébullition en vase clos. Le passage de l'eau à travers un double filtre, filtre Chamberland et filtre à pierre, est une des meilleures garanties. Il y aura lieu encore de s'assurer que la maladie n'a pas été apportée par le lait renfermé dans des vases lavés avec de l'eau impure. Enfin les water-closets et les conduites communiquant avec les égouts seront l'objet d'une surveillance particulière : aération des water-closets, propreté, bon fonctionnement des siphons et des soupapes, désinfection par une solution de *sulfate de fer* à 50 p. 100, ou, suivant la recommandation de Chantemesse et Richard, par un *lait de chaux*.

Cette même désinfection sera nécessaire, pendant toute la maladie, pour les bassins et les garde-robes, les déjections liquides des typhoïdiques contenant le germe virulent.

Mais le malade doit-il être isolé? Il est toujours prudent d'interdire la chambre qu'il occupe aux enfants et aux adolescents, afin de ne pas les exposer au contact de linges ou objets souillés par les déjections. Quel que soit le mode de contagion (mains souillées et insuffisamment lavées au moment des repas, air respiré contenant des poussières avec bacille d'Eberth), il est certain que les personnes soignant les malades atteints de fièvre typhoïde contractent parfois leur maladie; ainsi en est-il, d'après Vogel, à l'hôpital militaire de Munich, où tous les infirmiers du pavillon des typhoïdiques payent leur tribut à la maladie.

En raison même de cette contamination possible, immédiate ou tardive, les mesures suivantes sont de règle : 1° en entrant dans la chambre du malade, mettre par-dessus ses vêtements une blouse fermant aux poignets et que l'on quittera au sortir de la pièce; 2° après chaque contact du malade ou de ses linges souillés, se laver les mains avec du savon et une brosse à ongles, puis les passer dans une solution antiseptique; 3° ne prendre dans la chambre du malade aucun aliment, ni aucune boisson; 4° mettre dans un récipient spécial les linges contaminés pour les passer, avant la lessive, dans une solution antiseptique et dans l'eau bouillante; 5° faire désinfecter la literie, les tentures, les meubles, le parquet et les murs de la chambre, après la guérison, par l'étuve à vapeur, les pulvérisations ou mieux les lavages avec une solution de sublimé.

Enfin, en temps d'épidémie, on diminuera les chances d'infection en évitant la fatigue, le surmenage, les écarts de régime, et en surveillant particulièrement les fonctions digestives.