

probablement d'une infection du sang, différent des phlegmasies franches et primitives par plusieurs caractères : 1° Elles se montrent successivement ou simultanément sur toute ou presque toute la périphérie du corps; 2° il est impossible de les produire artificiellement, et elles reconnaissent toujours une cause spécifique; 3° les agents thérapeutiques, tels que les antiphlogistiques et les contre-stimulants, qui ont une si grande efficacité pour modérer et combattre les inflammations ordinaires, sont sans influence sur celles dont nous parlons. Elles ont, en effet, une marche invariable, une durée qui est presque toujours la même et un même mode de terminaison. C'est ainsi que la variole se termine toujours par suppuration, la scarlatine et la miliaire par desquamation, et qu'il en est souvent de même pour la rougeole.

Par ce qui précède, on voit que nous avons eu raison de placer les maladies éruptives dans la classe des fièvres; car, nous le redisons encore, ce sont des maladies qui ne reconnaissent aucune affection locale primitive. Les recherches importantes entreprises par MM. Andral et Gavarret sur les altérations du sang justifient d'ailleurs la place que nous assignons aux fièvres éruptives dans notre cadre nosologique. Ces observateurs ont en effet démontré que le sang, dans ces maladies, présente les altérations qu'on trouve dans les autres pyrexies, c'est-à-dire qu'il n'y a jamais augmentation de la fibrine comme dans les phlegmasies; le plus ordinairement la quantité de ce principe reste normale; parfois elle diminue très-sensiblement, surtout à la période d'éruption; les globules conservent leur chiffre normal; le sang enfin ne présente jamais de coenne, si ce n'est lorsqu'il existe quelque complication phlegmasique. Ainsi, dans la variole, lorsque l'éruption est très-confluente, et surtout lorsque des collections purulentes existent sous la peau ou dans quelque organe, on peut trouver une coenne à la surface du caillot; mais cette coenne est molle, gélatineuse, et diffère beaucoup de celle qui se montre dans les cas de phlegmasies franches. MM. Becquerel et Rodier sont arrivés à peu près aux mêmes conclusions.

Les fièvres éruptives peuvent, sans contredit, succéder les unes aux autres, mais peuvent-elles se développer simultanément sur la même personne? j'ai exprimé plusieurs fois déjà mes doutes à cet égard.

TROISIÈME GENRE DE FIÈVRES

DES FIÈVRES INTERMITTENTES

SYNONYME. — Fièvres d'accès; de marais, périodiques.

On donne le nom de *fièvre intermittente* à une affection fébrile dont les symptômes cessent et se reproduisent à des intervalles rapprochés, à peu près égaux, entre lesquels existe une apyrexie complète.

Chaque accès de fièvre intermittente se partage en trois temps que l'on nomme *stades* ou *périodes*, et qu'on distingue par leur ordre numérique, ou mieux encore par la dénomination de stade du *frisson* ou du *froid*, de la *chaleur* et de la *sueur*, phénomènes qui, dans les accès réguliers, se succèdent toujours dans cet ordre. La période de calme, ou l'espace de temps qui sépare les accès, se nomme *apyrexie* ou *intermission*; les jours qui séparent les accès sont dits *intercalaires*, et l'on appelle *paroxystiques* ceux pendant lesquels ils reparaissent. Enfin, le *type* est l'ordre suivant lequel les accès reviennent, se correspondent et s'enchaînent.

On a admis plusieurs espèces, les principales sont les types *quotidien*, *tierce* et *quarte*. Dans le premier, les accès ont lieu tous les jours et sont tous semblables entre eux pour la durée, la violence et les principaux symptômes qui les accompagnent; dans le type *tierce*, les accès se renouvellent tous les deux jours, c'est à-dire qu'ils reviennent et disparaissent chaque troisième jour, de manière qu'entre deux accès il y a un jour de complète apyrexie; enfin, dans le type *quarte*, les accès ont lieu chaque quatrième jour, ou, si l'on veut, de trois en trois jours: ils sont séparés les uns des autres par deux jours d'apyrexie.

Ces trois types offrent quelques variétés ayant reçu des noms particuliers qu'il importe de connaître. On nomme *double-quotidienne* la fièvre qui présente deux accès par jour; *double-tierce*, celle qui a un accès tous les jours, mais avec cette circonstance remarquable que les accès des jours pairs (du *deuxième* et du *quatrième*) se correspondent pour la durée et l'intensité, et que la même corrélation existe pour les accès des jours impairs (*premier* et *troisième*). Le type *double-quarte* présente un accès deux jours de suite, puis vient un jour d'apyrexie; mais les accès s'enchaînent de manière que celui du *quatrième jour* est semblable à celui du *premier*, celui du *cinquième* à l'accès du *second*; enfin l'apyrexie du *sixième jour* correspond à celle du *troisième*. Ces diverses variétés de types sont à peu près les seules qu'on rencontre dans la pratique, et il importe de bien connaître la valeur des mots qui servent à les désigner. Les auteurs ont pourtant admis plusieurs autres types: ils ont décrit des fièvres *tierce doublée*, *quarte doublée* et *quarte triplée*. Dans la première, il y a tous les deux jours deux accès dans les vingt-quatre heures; dans la deuxième, il y a deux accès dans un jour, après deux jours d'apyrexie; enfin, dans la troisième, il y a trois accès dans les vingt-quatre heures, et la fièvre revient tous les quatre jours. On parle aussi d'une fièvre *triple-tierce* et *triple-quarte*. Dans la première, il y a deux accès le premier et le troisième jour, et un seul le deuxième et le quatrième, ces accès se correspondent de deux en deux jours. Dans le type *triple-quarte*, il y a un accès tous les jours; ces accès se correspondent pour la durée et la violence tous les trois jours, c'est-à-dire que le quatrième est semblable au premier, le cinquième au deuxième, le sixième au troisième. Enfin, et pour terminer, je dirai qu'on a admis des fièvres *quintane*, *septane*, *octane*, *mensuelle*, *annuelle*, etc., suivant que les accès revenaient tous les cinq, six ou huit jours, tous les mois, tous les ans. Mais de toutes ces variétés de types, le double-tierce est le seul qu'on rencontre; les autres sont purement exceptionnels, extraordinairement rares, plusieurs n'existent même probablement pas.

Historique. Bibliographie. — Les fièvres intermittentes ont été connues de tout temps; elles sont mentionnées dans plusieurs des traités d'Hippocrate ou attribués à ce grand homme. Elles furent pour la première fois décrites méthodiquement par Celse, puis par Galien et par les auteurs arabes. A dater des *xvi^e* et *xvii^e* siècles, ces maladies furent étudiées avec plus de soin et par un grand nombre d'auteurs. Non-seulement on en parle dans tous les traités de pyréologie et de pathologie interne, mais elles ont été le sujet d'une foule de dissertations et de monographies, parmi lesquelles se distinguent surtout celles de Morton, de Lancisi, de Werlhof, de F. Hoffmann, de Senac, de Strack, de Philipps, ainsi que les ouvrages de MM. Nepple, Faure, Maillot, Bonnet. (Voyez plus bas, comme complément, l'article *Fièvre pernicieuse*.)

Divisions. — Plusieurs divisions importantes ont été proposées dans l'étude des fièvres d'accès. On les a distinguées en *simples*, *franches* ou *bénignes*, et en *pernicieuses*, en *manifestes* et en *larvées*; en *essentiels* et en *symptomatiques*;

en régulières et en irrégulières, expression dont nous déterminerons plus tard la valeur.

DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE SIMPLE

La fièvre intermittente est dite *simple, bénigne*, lorsque, caractérisée seulement par les accès fébriles, elle est dégagée de tous les accidents et complications qui peuvent la rendre méconnaissable, et qui le plus souvent sont assez graves pour compromettre la vie.

Anatomie pathologique. — La fièvre intermittente n'a pas, à proprement parler, de *siège anatomique*; elle n'est donc caractérisée sur le cadavre par aucune lésion qu'on puisse regarder comme étant le point de départ des accidents arrivés pendant la vie. Il est pourtant une altération concomitante extrêmement commune, manquant à peine quelquefois : je veux parler de l'augmentation de volume de la rate. Cet organe, en effet, qui, à l'état physiologique, n'aurait guère, d'après Assolant, que 13 centimètres (1), peut, sous l'influence de la fièvre, acquérir des dimensions plus que quadruples, et peser au delà de 6 à 8 kilogrammes. Son tissu, d'abord simplement hyperémié, gorgé de sang, peut se réduire en pulpe molle comme dans les fièvres typhoïdes; mais cette grave altération ne se rencontre que dans la variété des fièvres intermittentes dites *pernicieuses*. Dans celle dont nous traitons actuellement, surtout quand elle se prolonge, la rate finit par s'hypertrophier, et son tissu s'indure; dans aucun cas on n'y rencontre de la suppuration. Il est inutile de dire que l'inflammation est étrangère à la production de cette lésion.

Deux médecins militaires, MM. Léonard et Folley, ont annoncé, en 1845, à l'Académie des sciences (séance du 10 novembre), avoir examiné la composition du sang chez les individus atteints de fièvre intermittente, et n'avoir trouvé aucun changement dans la proportion de la fibrine, des globules, ni des matériaux solides du sérum. Ce n'est que lorsque la fièvre se prolonge et qu'elle a eu de fréquentes récidives, que les différents principes du sang diminuent de proportion; cette diminution porte spécialement sur les globules; il y a alors l'altération que nous décrirons plus bas à l'article *Anémie*.

Symptômes. — Dans la plupart des cas, les fièvres intermittentes débutent sans prodromes. Il est, au contraire, assez commun d'observer pour chaque accès quelques phénomènes avant-coureurs, tels que céphalalgie, anxiété, bâillements, pandiculations, pâleur, tendance au sommeil, etc. A ces symptômes, qui n'ont qu'une durée fort courte, succède bientôt le frisson, qui marque le premier stade de la fièvre.

Premier stade, ou stade de froid. — Le froid ou le frisson qui constitue le premier stade d'un accès varie beaucoup. Quelquefois les malades n'éprouvent qu'une sensation de froid partielle ou générale et tout à fait éphémère. Chez la plupart le froid est plus vif : c'est une horripilation s'accompagnant d'une sorte de frémissement de la peau avec saillie des bulbes (*chair de poule*). Enfin le froid peut être plus intense encore; il détermine alors le claquement des dents et un tremblement convulsif des membres (c'est le *rigor*). En général, le froid n'acquiert cette intensité que progressivement. Borné d'abord à une seule partie, aux extrémités, au visage et dans les lombes, il s'irradie de là à toute la surface du corps; il ne reste circonscrit à un point que dans les cas de fièvre anormale ou bien dans les accès peu intenses. Dans ce premier stade, on

(1) *Recherches sur la rate*. Paris, an XI.

observe quelques phénomènes particuliers. Ainsi, dès que le froid commence, les parties les plus éloignées du centre circulatoire, notamment les doigts, le nez et les oreilles, deviennent froides, bleuâtres ou livides; le corps semble diminuer de volume, à tels points que les anneaux peuvent tomber des doigts (J. Franck, Cullen). Si le froid est intense, la face est plombée, et la peau du corps est souvent parsemée de plaques marbrées; les yeux sont caves, hagards; la tête est fléchie, les membres sont rapprochés du tronc; la voix est altérée, cassée et tremblante. Le malade accuse souvent des douleurs contusives dans les membres, des déchirements dans les lombes, un resserrement à l'épigastre, une douleur dans la région splénique, de l'oppression, des palpitations, beaucoup d'anxiété, et sur toute la surface du corps, le picotement et la sensation d'un froid très-intense. Pendant le frisson, la chaleur de la peau peut paraître diminuée au toucher; le plus ordinairement pourtant la main perçoit une température plus élevée que de coutume. Des expériences nombreuses, entreprises jadis par de Haen, par Home, et répétées dans ces derniers temps par M. Gavarret, ont prouvé, d'ailleurs, qu'en plaçant un thermomètre dans l'aisselle de ces malades, on obtenait une élévation de température de 1 à 4 degrés au-dessus de la température normale (1). Dans ce premier stade, la peau est ordinairement sèche et aride; le pouls est fréquent et déprimé, la soif intense; les urines sont peu abondantes et aqueuses. Il y a parfois des vomissements bilieux, et Senac a plusieurs fois observé des hémoptysies, ce qui s'explique par le refoulement du sang vers l'intérieur. Le frisson a une durée qui varie depuis moins d'un quart d'heure jusqu'à cinq heures; sa durée moyenne est d'une heure; sa longueur et son intensité ne sont pas nécessairement en rapport avec la gravité de l'accès. Ce premier stade de la fièvre peut manquer.

Deuxième stade, ou stade de chaleur. — Au froid succède une chaleur plus ou moins considérable, qui, commençant par les extrémités, finit bientôt par devenir générale. Sous le rapport de son intensité, elle offre tous les degrés compris entre une légère sensation de chaud et une ardeur brûlante. Toutefois les recherches de M. Gavarret ont prouvé que, si dans le stade de chaleur la température de la peau est plus haute, cette élévation néanmoins est relativement faible, puisqu'elle ne dépasse guère que d'un degré celle qu'on trouve dans le stade de froid; il faut donc expliquer la sensation de chaleur que les malades éprouvent d'une manière si incommode, comme celle de froid glacial ressentie dans le stade qui précède, par une véritable perversion de la sensibilité. Pendant ce deuxième stade, la céphalalgie et la soif persistent, l'anxiété et l'oppression diminuent ou cessent, le pouls prend de l'ampleur; l'urine est rouge, rare et brûlante; la face s'injecte; tout le corps, qui semblait amoindri pendant le frisson, paraît à présent comme boursoufflé; enfin, la peau, sèche d'abord, s'humecte bientôt de plus en plus. Le deuxième stade dure d'une à douze heures; il est assez rare pourtant qu'il se prolonge au delà de quatre. La période de chaleur peut manquer, mais cela arrive beaucoup plus rarement que pour le stade de froid.

Troisième stade, ou stade de sueur. — La sueur se montre d'abord à la tête, à la poitrine, et finit bientôt par occuper tout le corps. Elle peut ne consister qu'en une légère moiteur, ou bien être assez abondante pour ruisseler de toutes parts et pénétrer tous les linges et même le lit. Pendant qu'elle s'établit, tous les symptômes incommodes s'amendent : la céphalalgie, l'anxiété, les douleurs disparaissent, la soif diminue, le pouls perd de sa fréquence et de-

(1) *Journal l'Expérience*, année 1839.

vient souple. On disait autrefois que les urines, devenues rouges, peu abondantes, déposaient alors un sédiment briqueté, et que leur surface se couvrait d'une pellicule adhérente aux parois du vase. Il est aujourd'hui démontré que l'urine présente plus rarement qu'on n'a dit les qualités dont je parle. D'ailleurs, le dépôt sur lequel les anciens ont tant insisté, et dont ils faisaient à tort un caractère pathognomonique, est uniquement formé par l'acide urique et par des urates acides; il n'offre donc rien de spécial à la maladie; il se rencontre le même dans plusieurs affections aiguës, pyrétiques, comme le rhumatisme articulaire, la pneumonie, etc. La durée de la sueur est à peu près la même que celle des deux stades qui précèdent.

En somme, la durée totale de l'accès n'est jamais moindre d'une heure et n'en dépasse guère dix-huit. Sa durée ordinaire oscille entre quatre et douze heures.

Apyrexie. — A l'accès succède un état d'apyrexie; mais il est rare que dans l'intermission la santé soit parfaite. La plupart des malades sont plus ou moins fatigués, accablés; ils ont moins d'appétit, les forces ont diminué, la figure est pâle; il y a de la céphalalgie, les digestions sont pénibles. Il est des individus pourtant qui, dans les jours intercalaires, n'éprouvent aucun malaise, et semblent être dans l'état de santé le plus parfait possible. Ceci n'a guère lieu que lorsque l'intermission est longue, comme dans les fièvres tierces ou quartes; dans les quotidiennes, au contraire, il est rare que pendant l'apyrexie les malades ne restent pas plus ou moins souffrants.

La longueur de l'intermission varie suivant le type de la fièvre. Le retour des accès est parfois invariablement fixé à la même heure; d'autres fois il avance, ou bien il retarde de plusieurs heures. Il en est dont les accès se rapprochent tellement, que le second commence avant que le premier ait entièrement cessé; on donne alors à la fièvre le nom de *subintrante*.

Variétés. — On a prétendu que, dans les fièvres quotidiennes, les accès avaient lieu le matin de bonne heure, qu'ils commençaient de dix heures à midi dans les tierces, et de trois à cinq dans les quartes; mais M. Maillot a prouvé qu'on ne pouvait établir à ce sujet aucune règle fixe. D'ailleurs, l'époque de la journée (presque tous les accès ont lieu le jour) à laquelle les accès fiévreux ont lieu, de même que le type, varie suivant les individus, suivant les saisons et les climats, et même suivant les constitutions régnantes et les épidémies. Toutefois je crois pouvoir établir d'une manière générale, d'après un relevé que j'ai fait et qui porte sur plus de 160 000 fièvres intermittentes observées dans divers pays, que les fièvres quotidiennes sont plus communes que les tierces, dans la proportion de 9 à 1, et que les fièvres quartes sont si rares, qu'on n'en compte guère que 2 ou 3 sur 100. Nous pensons, en outre, contre l'opinion de M. Boudin, qu'il n'y a aucun rapport entre le type de la fièvre et l'intensité du dégagement de la matière miasmatique.

Dans quelques cas, les fièvres intermittentes changent une ou plusieurs fois de type : de tierces elles deviennent quotidiennes, et réciproquement, etc. Lorsqu'elles sont anciennes, les accès se succèdent irrégulièrement, en quelque sorte sans type. Si l'on compare les accès entre eux, on voit tantôt ceux-ci se dessiner d'autant mieux, et leurs trois stades être d'autant plus marqués, que la fièvre se renouvelle plus souvent; d'autres fois, au contraire, la fièvre semble s'user peu à peu, à mesure qu'elle se reproduit : alors ses accès diminuent non-seulement d'intensité, mais il arrive souvent qu'un ou même que deux stades manquent tout à fait : on dit alors que les accès sont *incomplets*.

Dans la plupart des cas, la fièvre intermittente se présente telle que je l'ai

décrite précédemment. Pinel commettait donc une erreur lorsqu'il prétendait qu'il n'y avait pas de fièvre intermittente simple, c'est-à-dire qui n'eût été à son début ni inflammatoire, ni muqueuse, ni bilieuse, ni adynamique, ni ataxique. Ce sont là, en effet, tout autant de complications qu'on ne rencontre que dans des cas exceptionnels, et qui impriment à la maladie une physionomie particulière. Ainsi, lorsque la fièvre intermittente se complique d'un état inflammatoire, le frisson est généralement court, mais il est très-intense; le deuxième stade est au contraire plus long, la chaleur est plus brûlante, il y a des signes de congestion vers la tête ou vers la poitrine; le quinquina n'a qu'un effet nul ou incertain, si l'on n'a pas préalablement le soin de désempiler les vaisseaux par la saignée. La fièvre intermittente, avec complication inflammatoire, a généralement le type quotidien ou double-quotidien; elle a de la tendance à passer aux types subcontinu ou rémittent; enfin les signes de pléthore persistent pendant l'apyrexie. Cette complication se remarque surtout chez les sujets jeunes et vigoureux.

Si la fièvre intermittente s'accompagne de nausées, d'amertume de la bouche, d'une suffusion jaunâtre de la peau de la face; si, en un mot, elle se complique d'un état bilieux, on voit celui-ci s'aggraver généralement pendant l'accès et persister pendant l'apyrexie, qui souvent alors est incomplète ou s'accompagne du moins d'un grand malaise; le quinquina enfin n'a d'efficacité qu'après qu'on a détruit la complication gastrique. La forme bilieuse se rencontre fréquemment dans les fièvres intermittentes qui règnent dans la Bresse pendant l'été et durant l'automne (Nepple). L'état muqueux peut aussi compliquer la fièvre intermittente; c'est ce qu'on observe surtout chez les sujets débiles vivant dans les lieux bas et humides. Ces individus ont la langue blanche, la bouche pâteuse, le ventre paresseux, l'appétit nul, les forces prostrées. Quant aux formes adynamique et ataxique, on doit les considérer comme une variété des fièvres pernicieuses; j'en parlerai plus tard.

Fièvre intermittente chez les enfants. — Chez les enfants très-jeunes, les accès paraissent être ordinairement incomplets; du moins, ne pouvant interroger les sensations des malades, le frisson passe presque toujours inaperçu. Le premier stade n'est guère marqué que par de l'inquiétude et de l'agitation : quelquefois on a vu survenir alors des accès convulsifs épileptiformes. Cependant, lorsqu'on surveille attentivement ces enfants, il n'est pas rare de noter au début de l'accès de la pâleur à la face, et parfois une légère teinte cyanique aux lèvres et à la pulpe des doigts; leurs traits sont plus ou moins grippés : ce sont là des preuves assez évidentes du stade de froid. Bientôt la chaleur s'élève, puis les enfants s'endorment et la moiteur survient. La sueur pourtant est rarement très-abondante, souvent elle n'est que partielle; aussi, comme le frisson, passe-t-elle parfois inaperçue lorsque les enfants ne sont pas soumis à une surveillance très-attentive. Les fièvres intermittentes des jeunes enfants reviennent presque toujours par accès quotidiens, mais se renouvelant à des heures irrégulières; et comme ils sont généralement fort longs et plus ou moins subintrants, on est très-exposé à ne pas reconnaître le temps d'apyrexie et à croire à l'existence d'une fièvre continue. Pour être fixé sur le caractère de la maladie, il faut voir l'enfant aussi souvent que possible, à des heures différentes, et l'entourer de personnes qui sachent l'observer. On doit en outre explorer son ventre avec soin, car, le plus souvent, on constatera, au bout de quelques accès seulement, une intumescence de la rate qui aidera à fixer le diagnostic. Ce signe m'a plusieurs fois été d'une très-grande utilité.

Marche. — J'ai dit que la fièvre intermittente pouvait guérir spontanément.

Dans ce cas, son intensité va progressivement en diminuant; cependant on la voit parfois cesser brusquement, lorsque, par exemple, le malade change de lieu, ou bien à la suite d'une violente secousse morale, ou bien encore à l'occasion du développement d'une autre affection. Dans ce dernier cas, elle revient souvent pendant la convalescence de l'affection qui l'avait interrompue. Je viens de dire que la fièvre cesse souvent par le fait du changement de lieu; or, pour avoir ce résultat, il n'est pas nécessaire de transporter le malade à de grandes distances, mais il suffit souvent de changer de quartier, ou seulement de maison. C'est ainsi que les quatre cinquièmes des individus qui entrent à l'hôpital pour y être traités de fièvre intermittente, voient celle-ci cesser parfois brusquement, plus souvent décroître peu à peu, et cela sans l'intervention d'aucun traitement. C'est l'ignorance de ce fait fort simple qui a fait doter de vertus antipériodiques une foule de remèdes inertes; aussi est-il de règle absolue, quand on veut expérimenter un fébrifuge, de ne le donner que lorsque le malade aura eu après son entrée à l'hôpital trois ou quatre accès *aussi intenses, aussi prolongés que par le passé*, c'est-à-dire après avoir eu la preuve que le changement de lieu n'a pas modifié la fièvre.

Durée. — Les fièvres intermittentes ont une durée longue. On a remarqué qu'elles se prolongeaient d'autant plus que leurs accès étaient plus éloignés. Ainsi les fièvres quotidiennes sont moins rebelles que les tierces, celles-ci le sont moins que les quartes. Les fièvres du printemps sont aussi moins opiniâtres que celles d'automne. Quelques fièvres cèdent spontanément après quatre ou cinq accès; d'autres, après trente ou quarante. Il n'est pas rare d'en voir dont les accès se renouvellent sans interruption pendant plusieurs mois, et même durant plusieurs années. Dans ces cas, et même lorsque la fièvre a été beaucoup moins rebelle, on observe plusieurs accidents consécutifs, car ils sont manifestement liés à l'intoxication miasmatique.

Accidents consécutifs. — Les accidents pouvant être la conséquence des fièvres intermittentes sont variés; ils ont le plus communément une marche chronique; ils exigent une courte description. Ce sont : 1° l'état *chloro-anémique*, 2° l'*engorgement splénique*, 3° des *hydropisies diverses*, 4° la *mélanémie*.

1° *Etat chlorotique.* — Chez beaucoup d'individus, il suffit de trois ou quatre accès de fièvre intermittente pour que la peau du corps prenne une teinte jaune toute particulière, caractéristique, et qu'il est impossible de bien décrire. Cette couleur, qui n'a aucun rapport ni avec celle de l'ictère, ni avec la teinte jaunepaille de la cachexie cancéreuse, est surtout marquée au visage; elle se lie toujours à un appauvrissement du sang, qui est alors séreux, moins abondant, et contient beaucoup moins de globules, moins de matière colorante, et à la fin aussi moins de fibrine et d'albumine. Les individus éprouvent la plupart des accidents que nous décrirons plus tard dans l'article *Anémie*. Avant la découverte du quinquina, beaucoup de malades succombaient à cet état de cachexie.

2° *Engorgement splénique.* — L'engorgement de la rate est un des effets les plus ordinaires de la fièvre, mais il n'est pas exact de dire que l'organe splénique augmente de volume dans tous les cas de fièvre intermittente, car on trouve à ce sujet quelques exceptions. L'engorgement de la rate paraît plus constant dans les fièvres tierces et quartes que dans les quotidiennes. On ne peut le découvrir que par la percussion seule, s'il est peu considérable; mais, dans beaucoup de cas, il est assez marqué pour qu'à la palpation on reconnaisse l'organe débordant le rebord costal; la rate peut même descendre jusqu'au niveau de l'ombilic ou de la crête iliaque et soulever alors la paroi abdominale (*placenta febrilis*). M. Piorry, qui dans ces derniers temps s'est beaucoup oc-

cupé de l'exploration de la rate dans la fièvre intermittente, a noté que la moitié des malades environ (82 sur 174) accusaient une douleur ou un sentiment de pesanteur dans l'hypochondre gauche. Cette douleur, que je crois beaucoup plus rare, ne se manifeste souvent que dans le premier stade; d'autres fois on ne la réveille qu'en palpant ou en percutant la région splénique. Dans quelques cas de fièvre intermittente prolongée, le foie est également augmenté de volume, mais il l'est toujours à un degré infiniment moindre que la rate.

3° *Hydropisies.* — Différentes hydropisies peuvent être aussi la suite des fièvres intermittentes prolongées. Quelquefois il n'y a qu'un peu d'œdème aux malléoles, ou une légère bouffissure de la face; d'autres fois l'hydropisie est générale (anasarque), en même temps qu'un épanchement séreux plus ou moins abondant se forme dans l'abdomen. Ces hydropisies s'expliquent surtout par l'altération que le sang a subie (voyez l'article *Hydropisie*).

4° *Mélanémie.* — On a encore parlé de deux états morbides comme pouvant être la conséquence des fièvres intermittentes prolongées; ce sont la *leucocythémie* et la *mélanémie*.

Je consacrerai un article spécial à la première en traitant des maladies du sang placées dans la deuxième classe; je dirai alors que la leucocythémie n'est pas une suite de l'infection palustre, puisque la plupart des malades qui en sont atteints n'avaient jamais subi cette influence. Il n'en serait pas de même, dit-on, de la *mélanémie*.

A diverses époques on a signalé chez des enfants morts après des fièvres intermittentes et rémittentes une coloration noire spéciale dans divers organes, principalement dans la rate, dans le foie, dans le cerveau et dans les reins. Ces faits avaient été vus par Bright, par Annesley, par Stewardson, par Meckel, qui de plus avait démontré que cette coloration était due à la présence dans le sang de granulations pigmentaires. C'est à Frerichs qu'on doit l'étude la plus complète de cette singulière altération (1). Elle est constituée par la présence dans le sang de corpuscules pigmentaires noirs, bruns, ou très-rarement d'un jaune rouge. Ces teintes représentent les divers stades par lesquels passe l'hématine pour se transformer en matière mélanique. La présence de ce produit dans le sang imprime aussitôt des changements dans l'aspect du foie, qui peut avoir une teinte gris d'acier, noirâtre ou chocolat; sur un fond sombre on y remarque des figures brunes isolées. Ce changement de coloration est dû aux matières pigmentaires amassées dans l'appareil vasculaire de la glande, dans les ramifications de l'artère hépatique, et surtout dans celles de la veine porte, sans pénétrer jamais, d'après Frerichs, les cellules hépatiques elles-mêmes, qui peuvent rester saines; parfois pourtant elles sont diversement altérées. Dans les cas où la marche est aiguë, la glande hépatique peut conserver son volume; ailleurs celui-ci est augmenté; mais plus tard le foie s'atrophie. Sauf un seul cas, cet organe n'a jamais été atteint de mélanémie sans qu'une altération semblable ait existé dans la rate. Du pigment peut également être constaté dans le système vasculaire de plusieurs autres organes, dans les poumons, où il est parfois plus difficile de le reconnaître; dans le cerveau, où ses amas donnent à la substance grise périphérique une coloration foncée; dans les reins, dont la substance corticale est ponctuée de gris. Le microscope fait découvrir aisément le pigment dans les capillaires qui en contiennent.

(1) *Traité des maladies du foie*, p. 264 de la traduction française.

Quelle est l'origine de la matière pigmentaire? Frerichs la fait provenir le plus communément de la rate. De là elle se déverserait dans la veine porte, où une partie s'arrêterait dans les capillaires du foie, tandis que l'autre serait entraînée dans le tourbillon de la circulation générale. Cependant le professeur de Berlin, tout en considérant la rate comme la source ordinaire du pigment, admet que d'autres organes, et notamment le foie, peuvent également le produire.

Quels sont les troubles fonctionnels qui seront la conséquence de la formation de la matière pigmentaire? On verrait d'abord apparaître un état chloro-anémique; puis, lorsque les granulations s'accumulent dans les capillaires, apparaîtraient des troubles variables suivant l'organe dans lequel ces agrégats se forment. S'accumulent-ils dans le foie, ce viscère peut s'atrophier, et l'on voit alors la plupart des accidents qu'on observe dans la cirrhose. Obstruent-ils les vaisseaux du rein, on verrait naître une albuminurie permanente; enfin, si les particules pigmentaires engouent les vaisseaux capillaires de la couche corticale du cerveau, il se produirait dans ce viscère des lésions diverses, telles que ramollissement, apoplexie capillaire ou autre, et par conséquent des troubles cérébraux fort divers.

On comprend que les accidents prédominant tantôt du côté des reins, tantôt du côté du foie ou vers le cerveau, cela imprime une physionomie différente à la maladie, de manière à constituer tout autant de formes. Il peut se faire aussi que les désordres locaux manquant, on n'observe que cet état anémique si ordinaire après les fièvres prolongées. Le diagnostic peut être alors très-incertain. Frerichs insiste sur une coloration d'un brun grisâtre de la peau tellement spéciale, qu'elle mettrait immédiatement sur la trace de l'affection. Disons toutefois que la mélanémie ne peut être reconnue sûrement que par l'inspection du sang. Le liquide extrait par une simple piqure et examiné au microscope présentera les granulations pigmentaires caractéristiques.

La marche de l'affection pourrait être si aiguë, qu'en quelques jours les malades succombent; le plus communément la mélanémie dure plusieurs mois. L'issue serait le plus communément funeste, puisque sur 51 cas analysés par Frerichs, 31 fois les individus succombèrent.

Telle est l'histoire anatomo-pathologique de la mélanémie, dont j'emprunte les principaux détails à la description de Frerichs. On voit qu'il n'y a sur ce point encore rien de bien défini, et il serait possible qu'on eût réuni sous une dénomination commune des maladies fort différentes. Ne verrait-on cette altération du sang qu'après les fièvres intermittentes? On le dit, mais le doute est permis. Si j'ai cru devoir appeler l'attention des médecins français sur la mélanémie, c'est dans le but de provoquer quelques recherches dans notre pays, car presque tout reste à élucider. La mélanémie est-elle une lésion primordiale ou consécutive à une altération des solides, et particulièrement de la rate? n'est-ce qu'un accident, ou faut-il en faire une espèce morbide distincte? C'est ce que l'avenir nous apprendra.

Rechutes. — Il n'y a aucune maladie dont les rechutes soient aussi fréquentes que celles des fièvres intermittentes. L'exposition au froid, à l'humidité, les émotions vives, les indigestions, l'administration intempestive d'un purgatif, en sont les causes les plus ordinaires. Les rechutes sont plus fréquentes après les fièvres guéries par les fébrifuges qu'après celles qui ont cessé spontanément. Elles sont d'autant plus à redouter, que la fièvre a duré plus longtemps et que la saison est plus froide. Elles arrivent d'autant plus facilement, que les individus restent plus faibles, qu'ils sont cachectiques et plus ou moins anémiés. Rien n'annonce leur prochain retour. M. Vannoye, pourtant,

a dans ces derniers temps cru trouver dans l'examen de la conjonctive palpébrale un signe indicateur très-fidèle. Il prétend que si l'on abaisse la paupière inférieure en la renversant pendant que le malade porte la cornée vers la voûte orbitaire, au lieu de voir une conjonctive d'un rouge plus ou moins vif, on trouve une raie pâle ou tout à fait blanche, demi-circulaire, ou une sorte de croissant dont le bord concave entoure la partie inférieure de la sclérotique, et dont les deux cornes sont dirigées vers les deux angles de l'œil (1). Ce signe est réel, mais il n'est pas spécial aux sujets qui ont eu des fièvres intermittentes, on le trouve chez beaucoup d'individus, et généralement chez tous les anémiques. Il n'annonce donc pas le retour prochain des accès avec plus de certitude que ne le font les autres signes de l'anémie.

En général, les fièvres intermittentes présentent dans leurs rechutes le même type et à peu près les mêmes phénomènes qu'elles avaient dans la première attaque. Quelques auteurs, Strack surtout, ont avancé que lorsque la fièvre récidivait, les nouveaux accès survenaient le même jour et à la même heure que si les anciens s'étaient reproduits sans interruption; mais ce fait est loin d'être démontré. Il en est de même de l'opinion de Werlhof, qui admettait non-seulement des jours, mais même des semaines *paroxystiques*; il prétendait que la fièvre tierce rechutait surtout dans la deuxième semaine, et la fièvre quarte dans la troisième.

Suites. — Sans prétendre, avec quelques médecins optimistes, que les fièvres intermittentes sont des mouvements salutaires de la nature, il est vrai pourtant que, dans quelques cas, elles ont amélioré des constitutions débiles, ou amené la guérison de maladies graves qui avaient résisté jusqu'alors à tous les moyens thérapeutiques (épilepsie, folie, névralgies, etc.). Cependant il faut considérer ces faits, qui ont pour eux l'autorité de Boerhaave, d'Hoffmann, de Strack, de Werlhof, etc., comme étant des plus rares. Il est beaucoup plus ordinaire de voir les fièvres intermittentes prolongées altérer la constitution générale et aggraver les maladies préexistantes. On a vu aussi la fièvre intermittente, quand elle affectait la femme enceinte, provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. On a dit que, dans ce cas, plusieurs des enfants avaient été eux-mêmes atteints de fièvre intermittente survenant aux mêmes heures que celle de la mère. Enfin, on a vu des maladies graves, telles que la phthisie, le scorbut et le diabète, succéder à des accès répétés de fièvre intermittente. Sydenham a aussi signalé une sorte de manie consécutive aux fièvres, surtout à celles qui ont le type quarte. Mais ces observations ne paraissent pas avoir été confirmées par d'autres médecins. Senac lui-même n'a jamais rencontré qu'un seul cas analogue, et M. Baillarger n'en a vu que deux. Il est d'ailleurs probable qu'il n'y a eu ici qu'une simple coïncidence.

Diagnostic. — Le diagnostic de la fièvre intermittente régulière (la seule dont je parle actuellement) ne présente aucune difficulté; la succession des trois stades et la réapparition périodique des accès ne peuvent faire confondre la maladie avec aucune autre affection. Il n'en est pas de même des fièvres intermittentes anormales dont nous parlerons plus tard. Nous avons vu aussi précédemment que dans la première enfance, la fièvre intermittente pouvait être aisément méconnue à cause de la longueur des accès et de la facilité avec laquelle le premier stade pouvait passer inaperçu. On arrivera toujours au diagnostic, si l'on sait observer et interroger avec soin les malades et ceux qui les entourent.

(1) *Annales de la Société médicale de Flandre orientale, année 1818.*

Pronostic. — Les fièvres intermittentes printanières et les sporadiques sont généralement plus faciles à guérir, et récidivent moins que les fièvres automnales et épidémiques. Les fièvres quartes ont été regardées comme plus opiniâtres que les tierces et que les quotidiennes. Avant la découverte du quinquina, la fièvre quarte, dit Borsieri, était regardée comme l'opprobre des médecins, tant elle déjouait tous les moyens de l'art. Il n'en est plus de même aujourd'hui, car avec ce merveilleux secours, la fièvre quarte est dominée comme le sont toutes les autres fièvres intermittentes. L'enfance, la vieillesse, une constitution débile, les affections chroniques préexistantes des organes digestifs, sont des conditions fâcheuses. Des accès dont l'intensité s'accroît à mesure qu'ils se reproduisent indiquent en général que la fièvre n'a point de tendance à se terminer. Enfin, les phénomènes consécutifs dont j'ai parlé constituent toujours une circonstance fâcheuse, à cause de la lenteur avec laquelle ils disparaissent et parce qu'ils favorisent les rechutes.

Étiologie. — Il est peu de localités dans lesquelles on ne puisse observer des fièvres intermittentes, du moins à l'état sporadique. Cependant il paraît que ces maladies sont inconnues dans les Indes orientales (Bontius), au cap de Bonne-Espérance, en Islande et dans certaines parties de la Suède et de la Russie. Une latitude géographique élevée, variable dans les deux hémisphères, est, à ce qu'on prétend, incompatible avec la manifestation endémique des maladies paludéennes. Ainsi Pétersbourg, au 59° degré de latitude nord, et l'île Maurice, vers le 20° degré de latitude sud, sont, malgré leurs marais, exempts, dit-on, de fièvres intermittentes.

Les fièvres périodiques ne règnent d'une manière endémique que dans le voisinage des marais, des rizières, des routoirs, et généralement de toutes les stagnations d'eau ayant lieu sur un sol peu perméable et contenant des matières végétales en putréfaction. Les marécages qui existent en France, surtout en grand nombre dans la Bresse, dans la Brenne et la Sologne, quoique permanents, n'ont pourtant pas la même énergie dans toutes les saisons. On s'est, en effet, convaincu que les émanations marécageuses acquéraient un surcroît d'activité à la fin de l'été et pendant l'automne, saisons pendant lesquelles les eaux stagnantes sont basses, réduites à leur partie fangeuse, laquelle, par son contact avec l'air et par l'action du soleil, dégage une plus grande quantité de miasmes. On peut établir avec raison, et cela d'une manière générale, que l'activité des émanations marécageuses s'accroît à mesure qu'on s'avance du nord au midi. On a aussi reconnu que les marais situés sur les bords de la mer sont plus délétères que ceux formés seulement par l'eau de pluie ou de rivière, probablement à cause de la grande quantité de matières putrescibles que les hautes marées entraînent dans les premiers.

Il importe de remarquer que les fièvres intermittentes ne règnent pas seulement dans les lieux où les marais existent à la surface du sol, on les trouve encore, mais moins constantes, dans ceux où, en raison de la nature du sol et des cultures qu'on y fait, des matières végétales se putréfient fréquemment : c'est ainsi qu'on trouve des fièvres intermittentes à côté des prairies artificielles, dans les rues non pavées des villes, ou lorsqu'on en remue profondément le sol pour l'établissement des égouts; dans les pays où l'on défriche un sol vierge, humide, contenant beaucoup de débris végétaux, ainsi qu'on l'a souvent observé dans le nouveau monde et dans l'Afrique française, chez les colons cultivateurs. Enfin, en tout pays, on peut encore voir naître des fièvres d'accès après les inondations et les irrigations des cultures et des jardins, partout enfin où l'on agite un terrain imprégné de matières végétales putréfiées, condition

essentielle pour la production de la cause qui engendre les fièvres d'accès.

Dans toutes les conditions dont je parle, il se dégage en effet certains principes, nommés *effluves* (Lancisi), *miasmes*, *émanations*, *exhalaisons*, qui altèrent, qui infectent l'air, et le rendent apte à produire la fièvre intermittente. Jusqu'à présent on n'a pu saisir et isoler ce principe délétère : nous ignorons sa nature et son mode d'action; toutes les théories qu'on a faites à ce sujet sont ridicules et insuffisantes. Cependant on ne peut s'empêcher d'admettre dans l'air des marais une cause spécifique; car l'humidité ne joue certainement qu'un rôle secondaire : les débardeurs à Paris, qui travaillent sans cesse dans l'eau sur les bords de la Seine, sont néanmoins peu sujets aux fièvres intermittentes, comme cela résulte des belles recherches de Parent-Duchâtelet. La chaleur atmosphérique n'agit aussi, suivant nous, qu'en activant la putréfaction des matières végétales et la volatilisation des principes délétères. Je n'ignore pas pourtant que M. Faure a cité quelques faits pour prouver que la fièvre intermittente pouvait sévir dans les pays secs, arides, et sous l'influence seulement d'une haute température; mais, pour entraîner la conviction, M. Faure aurait dû décrire plus complètement qu'il ne l'a fait la topographie des localités dont il parle, la nature du sol, comme les lieux circonvoisins. Quoi qu'il en soit, en les supposant exacts, ces faits sont exceptionnels, et ne sauraient autoriser l'auteur à conclure, comme il l'a fait, que la chaleur est la cause la plus générale des fièvres intermittentes.

Les miasmes marécageux, étant plus pesants que l'air, s'accroissent en plus grande abondance dans les parties basses. Lancisi a aussi prouvé que leur activité était à son maximum après le coucher du soleil, car c'est alors que les vapeurs qui ont été raréfiées et dispersées par la chaleur du jour se trouvent condensées, et se précipitent vers la terre.

La sphère d'activité des effluves marécageux varie beaucoup suivant les climats, les topographies, l'état calme ou agité de l'air, sa température et son hygrométrie. Dans nos pays tempérés, et lorsque l'atmosphère est tranquille, on a évalué à 400 ou 500 mètres la hauteur à laquelle peuvent s'élever ces émanations, tandis que leur propagation dans la direction horizontale ne serait que de 200 à 300 mètres. Dans les pays chauds, la sphère d'activité s'agrandit beaucoup : dans les Indes on a vu, par exemple, des vaisseaux éloignés de 3000 mètres environ d'un foyer d'infection en éprouver pourtant les funestes effets (Montfalcon).

Cette migration des effluves par l'air explique quelques particularités dignes d'être mentionnées, telles que l'apparition des fièvres intermittentes sur de hautes montagnes, dans les lieux secs et salubres. On voit aussi les pays voisins des étangs être préservés de la fièvre, parce qu'une forêt ou une colline qui les sépare intercepte complètement la transmission des miasmes, tandis que ceux-ci vont agir dans des lieux plus éloignés. C'est, en effet, en raison de telle ou telle exposition, de tel ou tel obstacle à la propagation des miasmes, que, dans les pays marécageux, un quartier, une rue, une portion de maison peut éprouver la fâcheuse influence de l'infection, tandis que les plus voisins en sont abrités.

La science possède un grand nombre d'observations rapportées spécialement par Lancisi, par Lind, par Nepple, etc., qui prouvent que les émanations marécageuses peuvent exercer sur les sujets qui s'y exposent une action vive et subite, qui varie depuis un simple malaise ou un accès fébrile jusqu'aux accidents les plus graves et même la mort foudroyante. En général, pourtant, il y a une période d'incubation dont la durée oscille depuis un jour jusqu'à plusieurs

semaines; dans la plupart des cas, elle ne dépasse guère le septième jour. Cela explique pourquoi la fièvre éclate souvent chez les individus qui, depuis quelques jours, s'étaient éloignés du foyer d'infection. Il paraît prouvé que l'habitude émousse l'activité des effluves chez certains individus; c'est du moins ce qui résulte des observations faites par Lancisi, par Lind et par M. Maillot. On dit aussi que certaines races sont, dans divers pays, plus ou moins réfractaires à l'action des effluves marécageux. On lit dans le numéro de mars 1843 de la *Revue des deux mondes*, que dans la Floride, où existent d'infests marécages, la race blanche est décimée par les maladies qu'engendre cette cause délétère; tandis que les nègres résistent aux mêmes influences. Diverses causes débilitantes, comme les écarts de régime, les émotions morales, les maladies, paraissent autant de circonstances qui rendent les individus plus susceptibles à l'action miasmatique et qui abrègent la période d'incubation. Il est certain que les fièvres intermittentes ne sont pas contagieuses.

Traitement. — Beaucoup de médecins du siècle dernier, et même quelques-uns de nos contemporains, s'appuyant de l'autorité de Galien et de Boerhaave, ont conseillé de laisser durer pendant un certain temps les fièvres intermittentes qui ne menacent pas la vie des individus. Ils voulaient, en effet, qu'on n'administrât les fébrifuges qu'après le septième jour. Cette pratique est irrationnelle; elle n'est fondée que sur cette opinion erronée qui consistait à regarder la fièvre comme un mouvement dépuratoire de la nature, pouvant exercer une heureuse influence sur la constitution. Torti, Werlhof, Straek, Lind, Senac, etc., ont combattu la méthode de l'expectation; ils ont conseillé de guérir la fièvre le plus tôt possible, parce que la répétition de cinq ou de six accès n'est pas toujours sans inconvénients, et que trop souvent on a vu une fièvre bénigne changer brusquement de caractère et devenir pernicieuse. Il faudra donc chercher à guérir la fièvre aussitôt qu'on en aura constaté l'existence.

Le traitement des fièvres intermittentes comprend : 1^o les soins qu'il faut donner au malade pendant l'accès; 2^o les remèdes qui doivent prévenir le retour de la fièvre.

1^o **Traitement de l'accès.** — Wilson Philips établit en principe, dans son *Traité des fièvres intermittentes*, que dans le traitement des paroxysmes on doit avoir pour but de mettre fin au stade présent en sollicitant celui qui a coutume de lui succéder. Pendant le stade de froid on favorise la chaleur, et pendant la chaleur on excite l'établissement de la sueur. Pour remplir ces indications, on devra, pendant le stade de froid, envelopper le malade de linges chauds, et lui faire prendre quelques tasses d'une infusion aromatique chaude. Les saignées, les purgatifs et les vomitifs, que quelques auteurs ont préconisés à cette époque, sont nuisibles et souvent très-dangereux. Pendant la chaleur, on continue l'usage des boissons tièdes, mais légèrement acidulées; Lind conseille en outre l'administration de l'opium. Ce judicieux médecin dit, en effet, que, donné au commencement de la chaleur, l'opium abrège la durée de l'accès, qu'il fait cesser la céphalalgie, le malaise, l'agitation, qu'il provoque un sommeil paisible et procure une sueur abondante. Cullen conseille la même pratique. Dans le dernier stade, le malade pourra boire frais ou à la température de la chambre. Si la sueur était très-abondante, on remplacerait le linge mouillé par du linge sec et chaud; et si le malade était très-épuisé, on lui donnerait quelques cuillerées d'un vin généreux et du bouillon.

Il est possible, dans quelques cas, d'enrayer brusquement un accès dès son début, c'est-à-dire pendant le stade de froid, à l'aide de certains moyens perturbateurs. On a notamment obtenu souvent le résultat dont je parle en appli-

quant le long du rachis, d'après le conseil de Condret, dix à douze grandes ventouses sèches; il arrive même parfois que l'accès avorte et que même il cesse de se reproduire. C'est ce que j'ai observé moi-même plusieurs fois.

2^o **Traitement préventif de l'accès.** — Pendant l'apyrexie, deux ordres de moyens peuvent être employés : les uns *directs*, ont pour but d'empêcher le retour des accès, ce sont les *fébrifuges*; les autres, *indirects*, servent à combattre quelques accidents qui pourraient momentanément contre-indiquer l'emploi des premiers.

Moyens indirects. — Les principaux sont la saignée, les vomitifs et les purgatifs.

La saignée est indiquée dans les cas de complication inflammatoire, lorsque la période de chaleur est très-intense, très-prolongée, et qu'il existe des signes d'une vive congestion viscérale, soit pendant l'accès, soit même durant l'apyrexie. La saignée ne sera jamais pratiquée pendant le frisson; ce serait parfois exposer le malade à un grand péril. Pour la faire, on choisira le stade de chaleur ou la période d'intermission. Comme tous les remèdes perturbateurs, on a vu la saignée suspendre quelquefois le cours des accès et guérir la fièvre. Les saignées ne seront pratiquées que lorsque l'indication est précise; faites inconsidérément, elles ont peut-être contribué à transformer des fièvres simples en pernicieuses : c'est ce que Sydenham et Torti semblent avoir observé plusieurs fois.

Les vomitifs et les purgatifs ne seront administrés que dans les cas d'une complication bilieuse; on choisira pour les donner le moment de l'apyrexie qui sera le plus éloigné des accès. On a dit de préférer les purgatifs amers, tels que la rhubarbe ou les sels magnésiens; mais ce choix ne me paraît avoir aucune importance.

Moyens directs, ou fébrifuges. — Le quinquina est le fébrifuge par excellence; parmi toutes les préparations de quinquina, le sulfate de quinine est celle qui doit être toujours préférée. On donne ce sel à la dose de 30 centigrammes à un gramme, en poudre, en pilules ou en sirop. La solution est préférable, car l'absorption du sel est plus facile, plus prompte; on l'active surtout si on a la précaution d'ajouter au mélange quelques gouttes d'acide sulfurique qui transforment le sulfate de quinine en bisulfate très-soluble. La même addition doit être faite lorsque le sel quinique est donné en pilules ou en lavement.

A moins de contre-indication spéciale, le sulfate de quinine est presque toujours administré par la bouche; on peut aussi le donner en lavement. Dans le rectum, en effet, l'absorption du médicament se fait très-vite, plus promptement que dans l'estomac lui-même; mais le médicament est plus vite éliminé d'après M. Briquet. On a aussi introduit le sulfate de quinine par la méthode endermique. Nous avons expérimenté avec Chomel ce dernier mode d'administration, et nous nous sommes assuré que le sel de quinine, appliqué deux heures seulement avant l'accès, pouvait empêcher celui-ci complètement, tandis que, donné par la bouche, il fallait un temps beaucoup plus long. Mais le sulfate de quinine appliqué sur la peau dénudée a l'inconvénient de déterminer souvent des eschares et des ulcérations douloureuses, dont la guérison ne s'opère que lentement; aussi, dans les cas où la fièvre intermittente est simple et ne compromet pas la vie, il faut préférablement administrer le fébrifuge par la bouche.

Le sulfate de quinine, donné pendant ou peu avant l'accès, ainsi que le voulait Torti, ne modifie point celui-ci; il ne peut modérer ou empêcher que l'ac-

cès suivant. Pour agir convenablement sur celui-ci, il faut autant que possible administrer le fébrifuge pendant l'apyrexie; et, soit qu'on le donne par doses fractionnées, comme l'indique Sydenham, et comme la chose est préférable, ou bien en une seule fois, comme le faisait Torti, il importe, si l'on veut prévenir plus sûrement l'accès, que la dernière dose du médicament soit prise de douze à seize heures au moins avant l'invasion probable de la fièvre. Il vaut mieux ici aller au delà que de rester en deçà, car il arrive parfois que, dans l'accès suivant, la fièvre avançant de plusieurs heures, on n'a plus un intervalle assez long pour que la quinine agisse. Il n'y a d'ailleurs aucun inconvénient à administrer le remède fort loin de l'accès; c'est ainsi que dans des fièvres quartes j'ai, dans un but d'expérimentation, donné avec un succès complet le fébrifuge soixante et même soixante-douze heures avant la fièvre. Lorsque le sulfate de quinine, administré comme il vient d'être dit, n'a fait que diminuer un peu l'accès, il faut soupçonner que la dose a été insuffisante; aussi devrait-on l'augmenter. L'usage du fébrifuge devra être continué plusieurs jours de suite, afin de raffermir la guérison et de combattre ces accès incomplets qui persistent souvent après l'apparente guérison des individus. Dans les fièvres quotidiennes, je donne le remède encore deux ou trois jours de suite; j'en administre durant quelques jours de plus dans les fièvres tierces et dans les fièvres quartes. Je prescris toujours la même dose et n'imité pas ceux qui, après avoir coupé l'accès, donnent pour les prévenir des doses successivement décroissantes, pratique mauvaise, car comment veut-on que l'économie, habituée à de fortes doses de quinine, soit ensuite influencée par des quantités plus minimes?

Lorsqu'on a coupé la fièvre complètement et prévenu le retour immédiat des accès en donnant de la quinine pendant quelques jours de suite, on ne doit pas cependant renoncer pour toujours au remède, il faut seulement le suspendre. Cette suspension sera plus ou moins longue; elle sera de trois, quatre, cinq ou six jours, suivant que la fièvre aura été plus ou moins rebelle et suivant que l'on supposera qu'une récurrence est plus ou moins à craindre. On reprendra alors l'usage de la quinine comme plus haut, c'est-à-dire en donnant la dose qui fut nécessaire d'abord pour se rendre maître de la fièvre, et en ayant soin, si l'on combat le retour d'une fièvre tierce ou quarte, de choisir pour l'administration de l'antipériodique le jour qui eût été celui de l'apyrexie, si les accès eussent continué, car nous avons vu plus haut qu'il y avait peut-être des jours paroxystiques.

On ne saurait rien dire de rigoureux sur le temps pendant lequel on devra donner de la quinine à titre de préventif. S'agit-il d'une fièvre récente, il suffira d'en prescrire deux ou trois fois; mais si la fièvre est ancienne et rebelle, si elle a été prise dans un pays chaud, il est souvent nécessaire de lutter pendant plusieurs mois et de donner chaque semaine une ou deux prises de quinine, si l'on veut conjurer le retour de nouveaux accès.

Presque jamais le quinquina n'a besoin ni d'un adjuvant ni d'un correctif. Il y a pourtant certaines circonstances qui nécessitent des modifications dans le mode d'administration du remède. Ainsi, dans les cas où il y a des coliques et de la diarrhée, le fébrifuge sera associé à une certaine quantité d'opium. Chez les enfants, pour en masquer la saveur amère, on le donnera dans du café au lait, ou dans une infusion de thé; mais comme dans ce cas une partie de sulfate de quinine est précipitée à l'état de tannate insoluble, il faut donner une dose de médicament un peu plus considérable. Mieux vaut chez les enfants prescrire la quinine dans du café au lait, que de donner, à l'exemple de M. Trousseau, la quinine brute, sorte d'extrait glutineux fort amer, quoi qu'on

en dise, pour peu qu'on le garde dans la bouche, pouvant traverser l'intestin sans subir d'altération, et dans tous les cas plus difficile à absorber que le sulfate de quinine. Dans ces derniers temps, on a conseillé, chez les sujets nerveux, irritables, de remplacer le sulfate de quinine par le valérianate de quinine, qui aurait en outre l'avantage de pouvoir être donné à plus faible dose (Devay). Cette substitution n'a aucun avantage. On a encore prôné divers autres sels de quinine, tels que le chlorhydrate, l'azotate, le carbonate, le citrate, l'acétate, l'hydrocyanate ferruré, le lactate et le tannate; mais aucun d'eux n'est supérieur au sulfate acide; et plusieurs, ou moins solubles, comme le tannate, ou contenant moins de quinine à volume égal, lui sont de beaucoup inférieurs. Si l'on manquait de sulfate de quinine, ou dans certaines fièvres exceptionnellement rebelles à ce divin médicament, on prescrirait le kina en extrait à la dose de 8 à 16 grammes, ou mieux encore en substance sous forme d'opiat à la dose de 16 à 60 grammes, ou bien en teinture alcoolique à la dose de 10 à 60 grammes. Mais vouloir, aujourd'hui, avec quelques aveugles admirateurs du passé, substituer systématiquement le quinquina au sel de quinine, c'est revenir en arrière, et méconnaître un des grands progrès qui honorent notre époque. Comment pouvoir jamais justifier la substitution du quinquina en poudre à la quinine? Celle-ci a une composition fixe et peut être aisément dosée, tandis que la proportion des alcaloïdes varie dans les quinquinas depuis 1/2 pour 100 jusqu'à 3 et 4. D'ailleurs, peut-on ignorer que l'absorption se fait plus vite, plus promptement, et avec moins de fatigue pour l'estomac, avec le sel de quinine qu'avec le quinquina? Enfin, donner celle-ci comme étant à la fois et plus active et plus économique, c'est une double illusion qu'il importe de détruire. Le quinquina, en effet, n'a d'autres principes fébrifuges que ses alcaloïdes, toutes les autres substances qui entrent dans sa composition n'ont aucune action directe sur la périodicité. Il est aisé enfin de se convaincre, quoi qu'en ait dit M. Trousseau, fort partisan de la poudre, que la quinine est un médicament moins cher que le quinquina. A tous ces titres, la quinine doit conserver la prééminence sur toutes les autres préparations, même les extraits et les teintures (1).

Le sulfate de quinine, dont le mode d'action nous est inconnu, est absorbé et en partie éliminé par la sécrétion rénale. On le retrouve, en effet, dans les urines, où sa présence est décelée par l'iodure de potassium ioduré, qui détermine un précipité jaune-orange imitant la poudre de cannelle ou de quinquina jaune. On peut encore reconnaître la présence du sel de quinine en concentrant la liqueur et en l'examinant au microscope: on découvre alors des cristaux polyédriques, allongés, groupés en éventail et en feuilles de fougère; la plupart sont irréguliers et comme amorphes.

Lorsqu'on donne la quinine, non-seulement la fièvre cesse, mais la rate diminue souvent de volume d'une manière très-rapide. Cet effet résulte-t-il d'une action directe du médicament sur l'organe; ou bien celui-ci ne rentre-t-il dans ses limites que parce que les accès fébriles cessent et que la cause de la fièvre est détruite? C'est ce que je crois. Quoi qu'il en soit, on ne voit pas

(1) Si le gramme de sulfate de quinine coûte au détail 2 francs, les 30 grammes de quinquina jaune qui y correspondent coûteront 2 fr. 25 c. à 2 fr. 50 c. Pour les hôpitaux de Paris, si le gramme revient à 25 ou 30 centimes, les 30 grammes de bon quinquina calisaya coûtent 20 à 35 centimes. Ceci peu paraître de prime abord étrange, mais on s'en rend compte aisément lorsqu'on sait que pour l'extraction de la quinine on n'emploie pas les beaux quinquinas, mais exclusivement ceux qui, ayant peu d'apparence, n'auraient presque aucune valeur commerciale.

le sel de quinine agit instantanément sur la rate, et la lésion splénique ne commence pas à diminuer quelques minutes après l'ingestion du remède, ainsi que M. Piorry le pense. C'est là un fait que j'ai vainement cherché à vérifier. Personne d'ailleurs ne partage cette croyance. M. Boulland, dans une discussion à l'Académie (12 janvier 1847), Valleix, dans un travail spécial (*Union médicale*, août 1847), et M. Briquet, dans son excellente *Monographie du quinquina* (p. 205), ont tour à tour combattu cette chimère.

La cinchonine a été un peu trop sacrifiée. Se fiant à des expériences trop peu nombreuses, cette substance est tombée en discrédit; elle est pourtant puissamment fébrifuge, quoiqu'un peu inférieure à la quinine; il convient donc d'en donner un quart ou un tiers de plus que de celle-ci. Moutard-Martin a de nouveau établi ce fait en s'appuyant sur des observations sévèrement recueillies. Cette infériorité du médicament ne doit donc le faire employer que dans les fièvres intermittentes bénignes.

D'autres substances ont été vantées comme fébrifuges: je citerai surtout la salicine, la poudre de houx, l'écorce de marronnier d'Inde, le fer, le mercure, l'antimoine, la gentiane, l'opium, la fève de Saint-Ignace, la digitale, l'arnica, l'alun, le phosphore, l'écorce d'oranger, le chlorhydrate d'ammoniaque, l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée, l'olivier, le bittera, etc. J'ai expérimenté la plupart de ces substances, surtout les cinq dernières, et je n'hésite pas à dire qu'elles ne méritent aucune confiance; il en est de même du sel marin, dont M. Piorry s'est fait le défenseur: ses illusions cesseront aussitôt qu'il consentira à se soumettre aux règles d'une expérimentation rigoureuse (1).

Dans ces derniers temps, le docteur Boudin a essayé de réhabiliter l'acide arsénieux, employé il y a longtemps en Allemagne. Il le donne depuis quelques milligrammes jusqu'à 5 ou 6 centigrammes par jour, à prendre six à huit heures avant l'accès. En cas d'insuccès, il augmente les doses, mais en les fractionnant le plus possible, attendu qu'on rencontre souvent des individus qui ont une susceptibilité insolite. Ce remède dangereux pour lequel l'intoxication miasmatique donne une tolérance exceptionnelle, est rarement employé dans les cas dont nous parlons; il est utile sans doute, mais si inférieur à la quinine, que celle-ci doit toujours être préférée (2).

Un changement, une perturbation brusque peu de temps avant l'accès, peuvent, dans quelques cas, empêcher celui-ci: c'est ainsi qu'agissent la saignée, les vomitifs, les douches et affusions froides, etc. Dans ces derniers temps, on a attribué à celles-ci une grande vertu antipériodique. M. le docteur Fleury a publié, dans son *Traité d'hydrothérapie*, le résultat d'expériences assez nombreuses établissant que des douches froides en pluie générale et une forte douche locale sur la région splénique, données une demi-heure ou une heure avant le retour présumé de l'accès, et même le jour de l'apyrexie, guérissent les fièvres d'accès simples, bénignes, à l'égal du sulfate de quinine, et qu'elles devaient être préférées à ce médicament dans les fièvres rebelles, sujettes à retour et ayant produit l'anémie et des engorgements viscéraux. Les faits invoqués par M. Fleury méritent attention. J'ai vu les douches froides avoir un effet presque immédiatement curatif dans des fièvres rebelles à tous les agents de la matière médicale.

(1) Voyez la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine, séance du 10 février, année 1852, t. XVII, p. 390 et 436 du *Bulletin*.

(2) M. Boudin emploie la formule suivante: acide arsénieux, cinq centigrammes; eau distillée, cent vingt-cinq grammes. La solution sera faite par ébullition prolongée pendant une demi-heure.

Malgré l'emploi persévérant des antipériodiques, il est des personnes qui ne peuvent se rétablir et chez lesquelles la fièvre récidive constamment après un répit plus ou moins long. Dans ce cas, il faut conseiller au malade de quitter momentanément le pays où il a contracté sa maladie, car le simple changement d'air suffit le plus souvent pour le rétablir.

Accidents consécutifs. — L'engorgement de la rate, les hydropisies, le teint jaune et cachectique, indiquent l'usage des amers, des toniques. On persistera surtout dans l'emploi du sulfate de quinine, s'il existe encore des accès fébriles. Comme presque toujours alors les sujets sont plus ou moins anémiques, on donnera concurremment une préparation ferrugineuse (sous-carbonate, fer réduit ou limaille, etc.), on y joindra de bonnes conditions hygiéniques. C'est dans ce cas que les affusions et douches froides, telles que M. Fleury les conseille, pourront être vraiment efficaces, non-seulement comme antipériodiques, mais aussi à titre de médication tonique et comme agent résolutif des engorgements viscéraux. Il importe cependant de noter ici que la rate peut ne reprendre son volume normal que très-longtemps après la guérison, et même il n'est pas rare qu'elle reste plus volumineuse sans qu'il en résulte aucun dommage pour l'individu. Les moyens précédents, le régime tonique, conviennent particulièrement aussi dans la mélanémie, mais les indications que peuvent réclamer les lésions qu'on voit prédominer vers le foie, vers les reins, etc., sont encore fort difficiles à tracer.

Prophylaxie. — Il n'y a aucun moyen prophylactique contre les fièvres intermittentes, lorsqu'on s'expose aux causes qui les engendrent; mais il est presque toujours au pouvoir de l'homme d'empêcher leur développement, ou du moins d'empêcher qu'elles ne règnent épidémiquement. Pour obtenir ces résultats, on doit dessécher les marais et assainir le pays. Villermé a prouvé, par exemple, qu'autrefois on voyait presque tous les ans à Paris des épidémies, des fièvres d'accès; tandis qu'elles ont cessé depuis que, par le pavage des rues, par leur pente mieux calculée et l'écoulement facile des eaux, on a fait cesser les causes d'infection.

Nature de la maladie. — Les auteurs ont imaginé beaucoup d'hypothèses pour expliquer le siège et la nature de la fièvre intermittente; mais personne n'a pu percer encore ce mystère, car aucune recherche n'en a jusqu'à présent fixé anatomiquement le point de départ. Quelques auteurs modernes ont, il est vrai, trouvé souvent des lésions dans le tube digestif et dans les centres nerveux; mais il est facile de se convaincre par la lecture de leurs ouvrages que la plupart de ces altérations sont cadavériques, et que les autres, purement accidentelles et variables selon les individus, tiennent à des complications et nullement à la maladie principale. La rate étant le seul organe qui présente une altération presque constante, on a tenté, à diverses époques, de placer dans ce viscère le siège des fièvres intermittentes. Audouard et récemment M. Piorry sont les médecins qui ont surtout soutenu cette opinion. Le premier croit que, dans la fièvre intermittente, il y a primitivement altération du sang par le miasme marécageux; cette altération déterminerait la congestion de la rate; et cette dernière lésion serait celle qui, d'après l'auteur, produirait l'intermittence du mouvement fébrile. L'opinion de M. Piorry diffère de la précédente en ce que ce professeur n'admet pas qu'une altération du sang produise directement les fièvres d'accès; pour lui, le poison marécageux agirait directement sur la rate par une sorte d'action élective, et déterminerait consécutivement à la lésion de ce viscère la fièvre intermittente. L'altération presque constante de la rate, et cela dès les premiers accès, la sensibilité de cet organe sponta-

nément ou à la percussion, des accès fébriles intermittents survenant après les contusions, les lésions traumatiques, les inflammations, les altérations organiques et même par le simple déplacement de ce viscère, l'action presque instantanée du sulfate de quinine sur la rate : telles sont les principales raisons invoquées par M. Piorry en faveur de sa doctrine. Des objections très-sérieuses peuvent lui être faites. Il est prouvé, par le témoignage de M. Piorry lui-même, que la rate ne s'engorge pas dans toutes les fièvres intermittentes; et ce médecin n'a pu démontrer encore qu'elle fût altérée avant le premier accès; quelquefois même elle ne l'est pas après plusieurs accès successifs. Deux médecins militaires, MM. Jacquot et Sonrier, ont cité quelques cas de fièvres intermittentes pernicieuses mortelles au premier, au deuxième ou au troisième accès, sans que l'autopsie ait révélé aucune altération dans l'organe splénique (1). M. le docteur Rochard dit aussi que chez vingt-deux individus qui, à Madagascar, succombèrent à des fièvres pernicieuses avant d'avoir pris le sel de quinine, il a vu la rate tantôt normale, tantôt diminuée de volume; dans un cas, elle était même tellement réduite, qu'elle n'avait guère que la grosseur d'un marron (2). L'engorgement de la rate est d'ailleurs si peu la cause de la fièvre, que souvent il persiste longtemps après la cessation des accès; il peut même, ainsi que M. Nepple l'a observé, débiter ou s'accroître lorsque la fièvre a disparu. On voit en outre très-fréquemment des engorgements considérables de la rate se développer lentement sans qu'il ait jamais existé de pyrexie. Nous avons vu enfin précédemment que dans la fièvre typhoïde la rate était toujours augmentée de volume, bien qu'on ne constatât presque jamais de phénomènes d'intermittence. Quant aux cas cités par M. Piorry, de fièvres d'accès survenues à la suite de lésions traumatiques ou autres, ils n'ont pas l'importance qu'il leur donne; ils ne prouvent autre chose, si ce n'est que la fièvre intermittente peut être quelquefois symptomatique : nous dirons plus tard que les lésions les plus variées, comme les organes les plus différents, peuvent être le point de départ de ces mouvements fébriles périodiques ou rémittents, qui diffèrent essentiellement des fièvres intermittentes légitimes dont nous traitons en ce moment. On ne saurait invoquer l'action instantanée que le sulfate de quinine aurait sur la rate; car nous avons vu qu'on la conteste avec raison. D'ailleurs cela importe peu pour la question, puisque des substances comme la strychnine, qui ne sont point fébrifuges, ont le pouvoir de diminuer considérablement le volume de la rate. Les expériences faites avec l'alcoolé de quinine, qui, injecté dans les jugulaires, ferait aussitôt diminuer la rate, n'ont pas donné des résultats uniformes. Magendie, par exemple, ayant fait des études comparatives avec la quinine et la strychnine, est arrivé à des résultats négatifs pour la première et positifs pour la seconde. Il résulte donc de la discussion précédente que l'engorgement splénique, loin d'être la cause de la fièvre, en serait au contraire le résultat ou la suite, au même titre que les hydropisies et que l'état anémique. Ce n'est pas la rate qui, en diminuant, guérit la fièvre, mais ce sont les accès qui, en cessant de se reproduire, permettent à la rate de reprendre lentement son volume. Dans l'exploration de la rate, il faut, pour éviter l'erreur, se rappeler que cet organe est mobile : aussi son simple déplacement fait-il croire quelquefois à une diminution de volume. On dit aussi que l'ingestion d'une grande quantité d'eau

(1) *Gazette médicale* de 1840, *Mémoires sur les fièvres comateuses et Bulletin de l'Académie*, t. III, p. 1470.

(2) *Union médicale*, numéro du 10 février 1852.

dans l'estomac ferait acquérir à la rate des dimensions énormes, tandis que l'abstinence seule réduirait de beaucoup son volume (1).

Il serait oiseux de discuter pour prouver que la fièvre intermittente n'est pas une inflammation. Dirons-nous que c'est une névrosité (Giannini), une névrose (Brachet et Rayer), une irritation cérébro-spinale (Maillet), une affection du système ganglionnaire (Worms)? Il semblerait assez naturel de rattacher à une perturbation nerveuse les principaux symptômes de la maladie; cependant nous ne savons rien de positif à ce sujet, et il vaut bien mieux confesser notre ignorance que de la voiler par quelques mots plus ou moins prétentieux qu'on serait souvent bien embarrassé de définir. Non-seulement on a voulu localiser la fièvre intermittente, mais on a même prétendu expliquer sa périodicité. On a émis à ce sujet des opinions tellement extravagantes, que nous croyons de notre devoir de n'en point parler.

En résumé, dans l'histoire de la fièvre intermittente, il faut bien nous persuader que nous ignorons ce qui constitue le miasme, sur quel organe il exerce son action, et de quelle manière le quinquina agit pour le neutraliser.

DES FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES

On donne le nom de *pernicieuses* aux fièvres intermittentes qui, en raison de leur gravité et de leur marche rapide, peuvent se terminer par la mort dans le cours d'un accès.

Historique. — Quoique Hippocrate, Praxagoras et les Arabes aient vu quelques fièvres intermittentes s'accompagner d'accidents mortels, on peut dire pourtant que le caractère des fièvres pernicieuses fut complètement méconnu par les médecins jusqu'au XVII^e siècle, époque à laquelle parurent les travaux de Mercatus; mais ce fut néanmoins Morton qui le premier décrivit ces maladies avec quelque précision, et qui créa en quelque sorte leur traitement. Après Morton, on vit paraître tour à tour les immortelles recherches de Werlhof, de Lautter, de Senac, de C. Medicus, de Comparetti, et surtout celles de Torti, qui non-seulement décrivit avec une admirable précision les caractères des fièvres pernicieuses, mais qui posa, en outre, des préceptes thérapeutiques fort sages, qui nous servent encore de règle aujourd'hui. Les auteurs modernes ont peu ajouté à ce que ces grands maîtres nous ont laissé; on lira pourtant avec fruit les livres d'Alibert et de M. Maillet.

Variétés. — Il y a plusieurs espèces de fièvres pernicieuses. Il en est une qui est caractérisée par un ensemble de symptômes graves, sans prédominance d'aucun d'eux. A chaque accès la physionomie est profondément altérée, la prostration est grande, le pouls est petit et irrégulier, l'intelligence est obtuse et la langue sèche (*F. pernicieuse adynamique*). Dans la plupart des cas, pourtant, on observe un symptôme prédominant qui fixe l'attention et constitue tout le danger de la maladie. C'est ce que nous allons exposer.

La fièvre peut être pernicieuse par l'exagération du stade de froid, c'est la *fièvre algide*; ou du stade de sueur, c'est la *fièvre diaphorétique*.

1^o La fièvre *algide* est caractérisée par un froid intense et général dont les malades n'ont souvent pas la conscience, pendant lequel la face a l'aspect cadavérique. Il y a des plaintes; l'agitation est extrême; la soif est vive, l'haleine froide, la voix éteinte, le pouls petit, fréquent, irrégulier ou bien rare; l'intel-

(1) Voyez dans la *Physiologie* de Bérard, t. II, à l'article des FONCTIONS DE LA RATE, l'exposition plus détaillée des faits précédents, et *Archives de médecine*, 4^e série, t. XXVII, p. 88.

lignee reste intacte, malgré des troubles aussi profonds. La mort peut arriver dès le premier accès. Si l'individu ne succombe pas, la chaleur s'établit lentement, et elle est peu considérable. Dans l'intermission, le malade reste faible et souffrant. Si l'on n'y porte un prompt remède, la maladie est en général mortelle dès le deuxième accès. Dans la plupart des cas, la fièvre algide n'est manifestement que l'exagération du premier stade; c'est le froid qui est plus intense et plus long que de coutume. Dans quelques circonstances, pourtant, c'est au milieu du deuxième stade, et pendant la réaction franche d'une fièvre en apparence bénigne, qu'on voit tout à coup apparaître les symptômes de l'état algide. C'est une marche que M. Maillot a observée le plus ordinairement en Afrique.

2° La fièvre *diaphorétique* est une des plus insidieuses. En effet, ses deux premiers stades ne diffèrent point communément de ceux d'une fièvre intermittente bénigne; parfois pourtant la période de sueur est un peu plus précoce. Dans cette forme, dès que la peau s'humecte, les malades se sentent soulagés; mais bientôt la sueur devient tellement excessive, qu'elle pénètre toutes les parties du lit; les malades ont froid, leurs forces s'épuisent; le pouls est d'une petitesse extrême: mais l'intelligence persiste dans son intégrité. Si la mort n'arrive pas dès le premier accès, elle est presque inévitable au second. Torti a failli en être lui-même victime.

Le troisième groupe de fièvres pernicieuses que nous établissons comprend toutes celles qui sont caractérisées par quelque trouble de l'innervation, tel que *coma*, *délire*, *cataplexie*, *épilepsie*, *convulsions*, *hydrophobie* et *paralyse*.

1° La fièvre *comateuse*, qu'on nomme aussi *soporeuse*, *léthargique*, *carotique*, *apoplectique*, est une des formes les plus fréquentes. Le coma qui la caractérise varie depuis la simple somnolence jusqu'au carus le plus profond. Il s'établit parfois dès le premier stade, mais presque toujours c'est pendant le second. Il est rare que le malade succombe dans le premier accès; mais il survit rarement au troisième ou au quatrième. La fièvre comateuse est, sans contredit, de toutes les formes pernicieuses, celle qu'on rencontre le plus souvent chez les enfants.

2° La fièvre *délirante* est caractérisée par un délire plus ou moins violent, qui débute communément pendant le deuxième stade. L'exaltation cérébrale diminue peu à peu pendant la période de sueur. La mort peut survenir brusquement pendant le délire, ou bien les malades tombent dans le coma, et succombent dans un état d'insensibilité complète.

3° Sous le nom de fièvre *convulsive*, je comprends les fièvres pernicieuses ayant pour symptômes prédominants les différentes variétés de convulsions toniques ou cloniques. Ainsi, tantôt les malades présentent une roideur tétanique partielle ou générale (*fièvre tétanique*): C. Medicus en a rencontré de nombreux exemples dans le cours d'une épidémie; ou bien on observe tous les symptômes de la cataplexie, comme Torti en rapporte un cas (*fièvre cataleptique*); d'autres fois ce sont, comme Lutter l'a vu, des mouvements convulsifs avec écume à la bouche, et tels qu'on les remarque dans une attaque d'épilepsie (*fièvre épileptique*); enfin d'autres fois ce sont des mouvements convulsifs irréguliers (*fièvre convulsive* proprement dite). Cette dernière variété, qu'on rencontre chez les enfants, est souvent sans danger; elle ne doit être regardée comme pernicieuse qu'autant qu'elle s'accompagne d'un état général grave. Pour terminer l'énumération des fièvres pernicieuses qui sont caractérisées par un trouble du système nerveux, je dirai qu'on a décrit également une fièvre *paralytique* et une fièvre *hydrophobique*: la première serait caractérisée par une

paralyse partielle; la seconde, par une fureur maniaque avec horreur pour les liquides. Ce sont là peut-être les deux formes les plus rares de la maladie dont je parle.

Dans un quatrième groupe de fièvres pernicieuses, nous plaçons toutes celles dont les symptômes caractéristiques sont fournis par le cœur et par les poumons.

1° *Du côté du cœur*, nous trouvons les fièvres *cardialgique* et *syncopale*. La première est caractérisée par une douleur vive, atroce, déchirante, vers l'épigastre et le cœur, accompagnée d'une grande anxiété, avec défaillance et altération profonde des traits. Ces symptômes, que Strack a fort bien décrits, débütent en général dans le premier stade de la fièvre, et peuvent, par leur violence, occasionner la mort dès le premier accès. La fièvre *syncopale* est une forme assez fréquente; elle est caractérisée par des syncopes qui ont lieu spontanément, ou sous l'influence de la cause la plus légère; la mort est presque inévitable dès le deuxième accès.

2° *Du côté des poumons*. On a parlé de fièvres *asthmétique*, *dyspnéique* et *aphonique*, dont l'existence est peut-être encore problématique. Quoi qu'il en soit, Torti a décrit une *tierce catarrhale* s'accompagnant de tous les symptômes d'un catarrhe suffoquant. J'admets aussi l'existence d'une fièvre pernicieuse, pleurétique et surtout *pneumonique*, c'est ce que je crois avoir établi d'une manière péremptoire dans mon *Traité de la pneumonie*, 2^e édition, p. 411.

Enfin, dans un cinquième groupe il faut placer les fièvres pernicieuses qui s'accompagnent de quelque symptôme grave du côté des organes abdominaux. On en distingue plusieurs variétés. Les unes sont caractérisées par une douleur vive, atroce, à l'épigastre, avec efforts de vomissement, soif vive, anxiété inexprimable: c'est la fièvre *gastralgique*. Cette forme, quoique excessivement pénible, est pourtant une de celles peut-être qui ont le plus rarement une issue funeste.

Les autres fièvres pernicieuses abdominales les plus communes sont la forme *cholérique*, et la forme *dysentérique* de Torti, à laquelle se rapporte la fièvre *hépatique* et *atrabilaire* de beaucoup d'auteurs anciens. L'une et l'autre sont caractérisées par des douleurs vives dans l'abdomen, par des *déjections* et par les symptômes qui accompagnent le choléra sporadique ou la dysenterie. La forme dysentérique est moins grave que la forme cholérique; cependant j'ai failli perdre un malade atteint de cette variété de fièvre. On a encore décrit des fièvres *péritonique*, *néphrétique* et *cystique*, qui seraient surtout caractérisées par des douleurs vives dans tout le ventre ou dans la région lombaire, ou bien à l'hypogastre; mais l'existence de ces variétés me semble encore très-problématique.

Je ne dirai rien des formes *rhumatismale*, *céphalalgique*, *ictérique* et *exanthématique*; car je pense, avec Chomel et avec quelques autres autorités, qu'un ictère, qu'une céphalalgie, qu'une hémicranie vive, que des douleurs articulaires et un exanthème cutané, survenus brusquement, ne suffisent pas pour imprimer à la fièvre intermittente un caractère pernicieux. Cependant ces phénomènes insolites doivent fixer l'attention, ils doivent faire suspecter la fièvre, et le médecin agira prudemment en combattant au plus vite une pyrexie qui se présente avec des symptômes aussi anormaux.

Marche. — Quelle que soit la forme sous laquelle la fièvre pernicieuse se montre, nous avons vu que les symptômes graves commencent tantôt avec l'accès, tantôt dans le cours du deuxième et du troisième stade. Le caractère pernicieux peut se révéler d'emblée dès le début de la fièvre; d'autres fois celle-ci, bénigne dans les deux premiers accès, devient tout à coup pernicieuse dans le troisième; ou bien enfin elle passe au type continu, comme Lancisi l'a vu à Rome

en 1695; et Richard à Turin, en 1720. La fièvre pernicieuse se montre rarement sous d'autres types que les types *quotidien*, *tierce*, *double-tierce*. Le plus souvent le paroxysme est caractérisé par les trois stades; mais souvent aussi il y a un ou deux des stades qui font défaut, ou bien ils sont moins marqués que d'habitude.

Nous avons vu que la marche de cette affection était très-rapide, et que le péril augmentait avec le nombre des accès. Il arrive fréquemment aussi que ceux-ci sont d'autant plus longs qu'ils se renouvellent plus souvent, parfois même ils deviennent subintrants. Suivant M. Maillot, les quotidiennes deviennent pernicieuses du troisième au sixième accès, et les tierces du troisième au quatrième. Lorsqu'on ne fait rien pour prévenir la fièvre, presque tous les malades succombent au troisième ou au quatrième accès; rarement la vie se prolonge jusqu'au cinquième, beaucoup meurent dès le second ou même dès le premier. Les fièvres pernicieuses offrent encore ceci de particulier, qu'elles peuvent se transformer les unes dans les autres; il peut se faire encore que deux ou trois symptômes prédominent au même degré.

Les fièvres pernicieuses sont très-meurtrières, surtout lorsqu'elles sont épidémiques. Bailly dit, en effet, qu'à l'hôpital Saint-Esprit de Rome, la mortalité est de 1 sur 2 1/4. M. Nepple la dit être dans la Bresse de 1 sur 2. M. Maillot estime qu'elle n'est que d'un cinquième dans l'Algérie.

Diagnostic. — Le diagnostic ne présente aucune difficulté toutes les fois que les accès sont bien dessinés et que les symptômes sont graves. Mais il arrive parfois que les trois stades du paroxysme passent inaperçus, soit parce qu'ils sont à peine indiqués, ou bien encore parce que l'attention a été alors détournée par un symptôme inquiétant, tel que convulsions, coma, délire, douleur, etc., qui caractérise l'état pernicieux. Cependant, toutes les fois qu'on verra survenir brusquement chez un individu un symptôme grave quelconque, qui, après avoir persisté quelques heures, se sera ensuite dissipé spontanément et laissera l'individu dans un état de santé parfaite ou presque parfaite, il faudra alors, comme le conseille C. Medicus, soupçonner une affection périodique, et diriger le traitement d'après cette idée, attendu qu'il est rare de voir une affection grave se développer et se terminer en un court espace de temps, si cette maladie n'est pas pernicieuse. Cette considération a d'autant plus de valeur qu'on l'observe dans un pays marécageux et sous une constitution pendant laquelle règnent beaucoup de fièvres pernicieuses. Les auteurs anciens signalent aussi le sédiment briqueté des urines à la fin de l'accès; mais c'est un signe qui, comme nous l'avons déjà dit, n'a pas l'importance qu'on lui avait jadis attribuée.

En règle générale, il faut se méfier de toutes les fièvres intermittentes qui présentent une intensité croissante dans les accès, surtout lorsqu'on observe quelque symptôme insolite, tel qu'une altération des traits et une faiblesse inaccoutumée, une douleur vive, un pouls débile, inégal, intermittent, une vive anxiété, des défaillances, une sueur froide, de la dyspnée, du délire, une évacuation insolite ou un sommeil prolongé, même lorsqu'il paraît naturel. C'est ce que prouve un fait très-remarquable rapporté par Werlhof, et que tout médecin doit connaître. Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années, qui, rencontrant Werlhof dans la rue, le pria de venir la voir le lendemain, jour où elle attendait le troisième accès d'une fièvre dont elle était atteinte. L'accès eut lieu en effet, mais il fut si violent que la malade succomba dans un coma apoplectique. Cette femme, dans l'accès qui avait précédé la mort, avait paru dormir *longtemps et profondément*, et ses parents n'avaient pas osé la réveiller. On comprend que c'était là un accès déjà pernicieux; c'était du coma et non un sommeil naturel.

Pronostic. — Le pronostic est extrêmement fâcheux; les formes algide, comateuse, syncopale et cholérique sont les plus graves. Si l'on n'est appelé qu'après le deuxième accès, le péril est prochain; car souvent le troisième, qui est si communément fatal, ne peut être prévenu. La tendance de la maladie au type continu, des accès subintrants, sont des circonstances des plus fâcheuses. Le refroidissement du corps, la décomposition des traits, l'immobilité, la disparition du pouls, sont les avant-coureurs d'une mort prochaine.

Étiologie. — Il est rare de voir les fièvres pernicieuses ailleurs que dans les pays marécageux; on les rencontre spécialement dans ceux qui sont le plus insalubres: à Paris, par conséquent, on en observe rarement; nous en avons pourtant reconnu déjà cinq ou six exemples. Peut-être les accès pernicieux ne semblent-ils si rares à Paris que parce qu'ils passent souvent inaperçus; beaucoup de malades succombent alors sans qu'on soupçonne même la nature de l'affection.

Traitement. — D'après ce que je viens de dire, on comprend combien il est urgent de combattre des fièvres pernicieuses par le sulfate de quinine. Quel que soit leur type, on devra toujours donner le médicament aussitôt qu'on a reconnu ou seulement soupçonné le péril, fût-on dans un des deux premiers stades de la fièvre, non certes dans le but d'agir sur l'accès présent, mais s'il n'est point fatal, il pourrait être suivi d'un autre de si près, que si l'on attendait pour agir l'apyrexie ou même la période de rémission, on arriverait nécessairement trop tard. Comme le temps presse, il importe aussi de ne pas trop fractionner le médicament, mais de le donner à doses élevées et aussi rapprochées que possible. Le médicament devra être introduit à la fois par toutes les voies par lesquelles il peut être absorbé; c'est-à-dire qu'il faudrait l'administrer concurremment par la bouche, en lavement, et par la méthode endermique. Il faut d'abord se hâter de faire avaler au malade 1 à 2 grammes de sulfate de quinine, et injecter dans le rectum, préalablement vidé des matières fécales, une quantité égale du médicament. En même temps on dénudera avec la pommade ammoniacale une portion plus ou moins considérable de la peau du ventre, et on la recouvrira de sulfate de quinine. Quelques-uns enfin, après avoir incorporé 2 à 3 grammes du médicament dans de l'axonge, appliquent cette pommade dans les aines et dans les aisselles pour en provoquer l'absorption: mais il faut peu compter sur le remède donné de la sorte, des expériences ayant établi que la quinine est très-peu absorbée par la méthode iatralptique. Je le redis encore, le péril est si grand et si prochain, qu'il n'y a aucun moment à perdre; pour le conjurer, il faut agir le plus promptement et le plus énergiquement possible.

Lorsqu'on observe le malade pendant l'accès pernicieux, il est en outre quelques moyens qu'on doit employer. Lorsqu'il existe une douleur vive qui brise les forces et qui épuise la sensibilité, comme dans la fièvre cardialgique ou gastralgique, il faut tâcher de la calmer par l'administration de l'opium; si plus tard le malade tombait dans la prostration, on le ranimerait par des excitants et par des cordiaux. Ceux-ci conviennent également dans les fièvres algide et diaphorétique, tandis que l'opium est indiqué dans les formes cholérique et dysentérique. Dans les fièvres pernicieuses caractérisées par un trouble du système nerveux, on aura recours aux révulsifs cutanés (sinapismes, vésicatoires, urtication); et s'il existait quelque signe de congestion céphalique, on pratiquerait une saignée générale ou locale suivant l'indication que le pouls fournirait. Cependant il ne faut pas prodiguer ce moyen, qui peut être dangereux. Je dirai même qu'il faut y avoir recours rarement; car on doit être bien convaincu que

les douleurs vives et que les troubles extrêmes des fonctions organiques qui caractérisent les fièvres pernicieuses ne se lient point à une inflammation. Si j'insiste sur ce point, c'est parce qu'un médecin distingué, M. le docteur Maillot, me paraît avoir trop prodigué les évacuations sanguines; aussi a-t-on vu des accidents pernicioeux survenir après leur emploi, tandis qu'il les eût prévenus sûrement en administrant plus tôt le spécifique. Les accidents conjurés, on continuera l'usage du sulfate de quinine pendant assez longtemps, afin d'en prévenir le retour; on suivra les règles indiquées plus haut page 162.

Nature. — La nature de ces fièvres est aussi inconnue que celle des fièvres intermittentes simples. C'est à elles surtout qu'on doit rapporter ce que j'ai dit à la fin du précédent article sur la valeur des altérations cadavériques qu'on trouve chez ceux qui sont emportés par les fièvres d'accès. Ma critique porte surtout sur les observations de M. Maillot, qui sont les plus récentes et les plus complètes. A la suite des fièvres pernicieuses, on ne trouve, en fait de lésions un peu constantes, qu'une augmentation dans le volume de la rate, qui est en outre tellement ramollie et diffluite, qu'on a vu plusieurs fois pendant la vie ce viscère se rompre pendant l'accès, surtout durant le frisson; les malades succombent alors très-prompement avec les signes d'une hémorrhagie interne ou d'une péritonite suraiguë. Comme pour les pyrexies, le sang, examiné pendant la vie, n'offre aucune altération dans sa composition, à moins de quelques complications phlegmasiques: c'est ce qui résulte des recherches entreprises en Algérie par MM. Léonard et Folley.

DES FIÈVRES INTERMITTENTES ANOMALES

Les fièvres intermittentes *anomales* sont celles qui se présentent sous des formes différentes de celles qui appartiennent aux fièvres intermittentes régulières dont j'ai parlé précédemment. Nous distinguerons avec Chomel quatre espèces principales de fièvres anomales. La première sorte comprend celles dont les accès n'offrent qu'un ou deux des trois stades ordinaires: on les nomme *fièvres incomplètes*. Ainsi, on a vu de ces fièvres n'être caractérisées que par un frisson périodique (Morgagni, Wolf); dans d'autres, au contraire, il n'y a qu'une augmentation de la chaleur sans froid initial ni sueurs (T. Bartholin); enfin, dans des cas qui ne sont pas rares, les accès ne sont marqués que par les sueurs (Piquer). Le second groupe des fièvres anomales comprend celles dont les trois stades sont confondus ou renversés. Ainsi, comme Chomel l'a vu une fois, on peut observer simultanément sur le même sujet le *rigor* du premier stade, l'*élévation de la chaleur* du deuxième et une *sueur* abondante comme au troisième. D'autres fois les accès sont renversés, c'est-à-dire qu'une chaleur brûlante constitue le premier stade, tandis que le frisson, lui succède (épidémie de Varsovie en 1700). La troisième variété des fièvres anomales comprend celles dans lesquelles les phénomènes fébriles, frissons, chaleur, sueurs, seraient bornés à une partie du corps (*fièvre topique*). Cette forme n'est-elle pas un peu hypothétique? N'a-t-on pas pris pour telle quelque névrose, quelque névralgie surtout, à forme périodique? Enfin, dans un quatrième groupe, on range les fièvres dites *larvées* ou *masquées*. Ici les accès ne sont marqués par aucun des trois stades des fièvres régulières, mais seulement par un symptôme plus ou moins grave, qui se produit à des intervalles déterminés. C'est ainsi qu'on voit des douleurs dans diverses parties du corps, des symptômes apoplectiques, d'épilepsie, de catalepsie, de chorée, ou bien une insomnie, du coma, un cauchemar, une cardialgie, de la soif, de la toux, des vomissements, des hémor-

rhagies, etc., se montrer périodiquement, et avec le type propre aux fièvres intermittentes. Lorsqu'on voit ainsi apparaître à jour fixe un phénomène grave, la maladie est appelée *fièvre pernicioeuse larvée*. Ces affections périodiques, dites fièvres larvées, ne devraient pourtant pas à la rigueur être appelées *fièvres*, parce qu'en effet nul phénomène pyrétiqne ne les accompagne. Cependant l'usage a prévalu de leur donner le nom qu'elles portent, et il faut le leur conserver, car il indique les liens intimes qui rattachent ces maladies aux fièvres intermittentes.

Quelque différence, en effet, qu'il y ait en apparence entre les fièvres régulières et les divers phénomènes que nous avons réunis sous le titre commun de fièvres anomales, nous croyons pourtant qu'il existe entre elles, non-seulement de l'analogie, mais encore une complète identité. En effet, les fièvres anomales règnent dans les mêmes saisons et dans les mêmes lieux que les fièvres intermittentes régulières; elles n'existent jamais simultanément avec celles-ci chez le même individu, mais elles succèdent parfois les unes aux autres. Ces affections ont la même marche; elles ont des accès bien caractérisés, séparés par des intermittences égales et revenant à des intervalles réguliers, et lorsqu'elles se prolongent pendant un certain temps, elles donnent lieu parfois aux mêmes accidents secondaires que les fièvres régulières; elles récidivent aussi facilement que celles-ci. On peut voir une fièvre intermittente régulière devenir anormale, et réciproquement: C. Medicus en rapporte plusieurs exemples. Enfin, comme dernière preuve d'identité, disons que le quinquina est aussi efficace contre les unes que contre les autres.

Toutes ces circonstances nous paraissent, comme à Chomel, plus que suffisantes pour justifier la réunion ou tout au moins le rapprochement des fièvres intermittentes régulières avec les affections décrites sous le nom de fièvres intermittentes anomales. C'est d'ailleurs ce qui avait été établi depuis longtemps par les praticiens les plus éminents, tels que Morton, Sydenham, Van Swieten, Senac, Rosen, Huxham, de Haen, Lautter et C. Medicus, qui a écrit sur ces affections un traité généralement estimé, riche de faits, mais dénué de toute critique.

REMARQUES SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES SYMPTOMATIQUES

Nous avons jusqu'à présent considéré l'appareil fébrile, intermittent, comme étant *essentiel*, c'est-à-dire indépendant de toute lésion matérielle appréciable. Cependant on rencontre assez fréquemment, dans la pratique, des cas dans lesquels la fièvre intermittente est symptomatique, ou du moins des cas où elle coïncide avec quelque altération locale récente ou ancienne. Ainsi les auteurs ont vu plusieurs fois des accès fébriles réguliers survenir à la suite de l'introduction d'une sonde dans l'urèthre; le fait de ce genre observé par Giannini est le plus remarquable de tous ceux que je connais (1). La cautérisation des rétrécissements de l'urèthre (Lallemand), et la blennorrhagie (Simon de Hambourg), ont plusieurs fois donné lieu aux mêmes accidents. Il en est de même de l'orchite blennorrhagique. Chomel a vu une fièvre à type tierce être sym-

(1) Giannini parle d'un homme de cinquante ans, robuste, qui fut pris à quatre reprises différentes, et à plusieurs années d'intervalle, d'accès fébriles intermittents, à la suite de l'introduction d'un cathéter dans l'urèthre, qui avait blessé les parois de ce canal. Il y eut chaque fois de trois à dix paroxysmes: le quinquina en triomphait toujours. (*De la nature des fièvres*, t. I, p. 207.)

ptomatique d'une entérite peu intense. M. Piorry a cité un cas de fièvre quotidienne développée à la suite d'une lésion traumatique de la rate, et une autre de même type produite et entretenue par un déplacement de ce viscère. Enfin, pour terminer, nous dirons que les suppurations profondes, que les infiltrations urineuses et la phthisie à la deuxième et à la troisième période sont des causes fréquentes de fièvres intermittentes symptomatiques. Celles-ci, le plus ordinairement, sont bénignes; mais on les a vues pourtant revêtir quelquefois un caractère pernicieux, surtout dans des cas de crevasse des conduits de l'urine, et lorsque ce liquide vient à s'infiltrer dans le tissu cellulaire. M. le docteur Bricheau a démontré (*Archives* de 1847) que des accès pernicieux n'étaient pas très-rare chez les vieillards affaiblis, et qui portent souvent du côté des organes génitaux ou urinaires des lésions chroniques. J'ai vu moi-même, il y a peu d'années, une fièvre pernicieuse apoplectique chez un homme atteint de rétrécissement urétral, et survenue après un cathétérisme qui avait légèrement éraillé le canal.

Ces fièvres symptomatiques présentent, en général, les stades de froid, de chaleur et de sueur qui appartiennent aux fièvres essentielles. Quant au type, elles sont presque toujours quotidiennes ou doubles-quotidiennes, très-rarement tierces, et peut-être jamais quartes: un grand nombre sont rémittentes. Comme l'a fort bien fait observer Chomel, il faut toujours se méfier du type double-quotidien et même quotidien, c'est-à-dire de tous les types dans lesquels l'intermission est courte, parce que, en effet, ce sont presque toujours les seuls que les fièvres symptomatiques revêtent. Aussi, toutes les fois qu'un malade se plaindra d'éprouver des accès fébriles doubles-quotidiens et même quotidiens, on devra se hâter d'explorer méthodiquement tous les organes, toutes les fonctions, pour s'assurer du véritable caractère des accidents qu'on observe.

Presque toujours dans la fièvre quotidienne symptomatique les accès surviennent le soir, et cela dès le début, au lieu de commencer le matin ou au milieu du jour, ainsi qu'on le remarque communément pour la fièvre essentielle. Cependant il n'en est pas toujours de même. Dans les fièvres qui sont symptomatiques d'une altération des voies digestives, on voit parfois l'apparition des accès être subordonnée à l'heure des repas et à la quantité des aliments ingérés. On peut souvent alors suspendre les accès ou les provoquer à volonté, en mettant les malades à la diète ou en les faisant manger beaucoup. Tel est le fait, rapporté par Chomel, d'un homme dont la fièvre, symptomatique d'une phlegmasie intestinale, affectait le type tierce, parce que cet individu prenait des aliments un jour et faisait abstinence le lendemain. On sait également que dans la bronchite l'impression intermittente du froid peut donner lieu à des accès fébriles réguliers. Les fièvres intermittentes symptomatiques diffèrent encore des fièvres essentielles parce que, soit dans l'accès, soit pendant l'intermission, on ne peut constater aucune augmentation dans le volume de la rate. Une différence non moins importante à noter, c'est l'action lente, douteuse, le plus souvent nulle du sulfate de quinine, tandis que dans la fièvre intermittente essentielle, le quinquina agit presque toujours promptement et sûrement. Je n'ignore pas pourtant que ce médicament, donné dans des fièvres symptomatiques, a arrêté quelquefois brusquement les accès, comme il l'aurait fait pour une fièvre essentielle: c'est ce qu'on voit, par exemple, dans l'observation de Giannini. Cependant, dans les cas où le quinquina exerce une action si prompte et si décisive, il est permis de se demander si, au lieu d'être symptomatiques, les accès fébriles n'auraient pas été essentiels; car il n'y a rien d'impossible, par exemple, qu'une sonde introduite dans l'urètre d'un sujet

impressionnable produise une fièvre intermittente, non par l'irritation mécanique du canal, mais par une influence sur tout le système nerveux; de même qu'on voit la même maladie survenir, chez les sujets prédisposés, à l'occasion d'une frayeur, d'une émotion morale, d'un refroidissement, d'une indigestion, etc., circonstances qui n'ont agi que comme causes simplement occasionnelles. Je crois surtout que la suppression brusque des accès par la quinine, tandis que la maladie primitive suit son cours, doit démontrer que la fièvre intermittente n'est qu'un accident sans relation essentielle avec l'affection qu'elle est venue probablement compliquer.

Le pronostic de ces fièvres sera subordonné à la gravité des lésions dont les accès intermittents sont la conséquence. Leur apparition peut avoir, dans quelques cas, une valeur diagnostique presque certaine: ainsi, lorsque, après une opération grave, on voit survenir sous les types quotidien et double-quotidien des accès fébriles intermittents ou rémittents, on peut annoncer presque avec certitude l'existence d'une résorption purulente.

Quelque incertaine que soit l'action du quinquina dans le traitement des fièvres intermittentes qui sont réellement symptomatiques, il n'y a cependant aucun inconvénient à l'administrer dans les cas où les accès sont survenus à l'occasion d'une blennorrhagie ou bien après l'introduction d'une sonde dans l'urètre, ou bien encore après la cautérisation de ce canal. On donnera aussi le sulfate de quinine, mais avec beaucoup moins de chance de réussite, lorsque la fièvre se lie à l'existence du tubercule, d'une infiltration urineuse ou d'une résorption purulente. Ce médicament est au contraire inutile, et parfois nuisible, toutes les fois que les accès sont symptomatiques d'une entérite. Dans ce dernier cas, on ne pourrait empêcher les retours périodiques de la fièvre qu'en soumettant les malades à un régime sévère, et en employant quelquefois les antiphlogistiques.

QUATRIÈME GENRE DE FIÈVRES

DES FIÈVRES RÉMITTENTE ET PSEUDO-CONTINUE

DE LA FIÈVRE RÉMITTENTE

On entend par *fièvre rémittente* une pyrexie dont les symptômes persistent sans interruption, comme dans les fièvres continues, mais avec cette différence qu'elle présente, à des intervalles déterminés, des rémissions plus ou moins complètes, bientôt suivies d'un paroxysme qui a le plus souvent le type quotidien ou tierce. La fièvre rémittente n'est autre que la *fièvre congestive* de plusieurs auteurs.

Historique. — La fièvre rémittente est, de toutes les pyrexies, celle qui a été le plus anciennement décrite; c'est d'elle, en effet, que parle Hippocrate dans ses livres *Des épidémies*, ainsi que M. Littré l'a parfaitement démontré (1). Les fièvres hippocratiques, dont il est en effet absolument impossible de reconnaître le caractère, lorsqu'on les compare à toutes celles que nous observons dans ce climat, se classent au contraire très-bien, si on les rapproche des fièvres rémittentes et pseudo-continues des pays chauds. C'est ce dont on peut

(1) *Œuvres d'Hippocrate*, édit. de Littré, t. II, p. 538, Argument.