

journée d'hier. Le malade a pu manger comme à son ordinaire. La syncope locale des membres inférieurs se reproduit ce matin, mais très-atténuée; elle ne dure guère qu'une demi-heure.

On continue le sulfate de quinine.

28 juillet. — Aucun phénomène morbide, hier. Le malade reprend du teint; l'appétit est bon. On supprime le sulfate de quinine.

29 juillet. — Le malade quitte l'hôpital ce jour. L'état général cachectique est très-amélioré.

SECTION II

FIÈVRE TYPHOÏDE.

L'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Paris, l'année dernière et au commencement de cette année, a été l'occasion de la publication de plusieurs travaux importants à divers titres. Je rappellerai le débat remarquable qui a eu lieu à l'Académie de médecine; les leçons cliniques de M. le Dr Maurice Raynaud, à l'hôpital Lariboisière; et la revue critique, si pleine de faits, publiée par M. Homolle dans le Recueil des Sciences médicales. Aussi ne signalerai-je ici que quelques observations qui m'ont paru, au point de vue clinique, avoir un certain intérêt.

L'observation CII concerne un jeune homme de 27 ans. Il est entré dans le service, vers le milieu du mois de novembre, c'est-à-dire au moment où l'épidémie de fièvre typhoïde était à son maximum d'intensité. Un premier examen a fait constater les symptômes suivants : abattement, fièvre, embarras gastrique, etc. En présence de ces signes, on supposa qu'il était uniquement atteint de la maladie régnante. Cependant ce malade se plaignait sur-

tout de tousser. En l'interrogeant de nouveau, on apprit qu'il toussait ainsi depuis trois semaines, qu'il s'était amaigri, qu'il avait des sueurs nocturnes, et enfin qu'il avait expectoré deux fois une petite quantité de sang. L'exploration méthodique des organes ne laissa aucun doute sur l'existence d'une tuberculisation pulmonaire à évolution subaiguë. On se demanda si les phénomènes de fièvre, d'abattement, etc., n'étaient pas dus à une poussée rapide de granulations tuberculeuses dans les poumons.

Mais les jours suivants, la fièvre continua à être intense; le malade eut des épistaxis; la constipation fit place à de la diarrhée; des taches rosées lenticulaires apparurent sur le ventre. Les présomptions auxquelles avait donné lieu l'examen du malade au moment de son entrée se trouvèrent confirmées : le malade était réellement atteint de fièvre typhoïde. Il s'agissait donc d'un cas de fièvre typhoïde observé chez un malade atteint de tuberculisation pulmonaire.

La fièvre typhoïde suivit à peu près la marche ordinaire. Cependant deux particularités de l'évolution méritent d'être signalées.

Le malade chez qui l'on avait constaté, le jour et le lendemain de son entrée, que l'urine ne contenait pas d'albumine, fut pris, dès le second jour, de douleurs vives dans la région lombaire, douleurs exaspérées par la toux et siégeant surtout du côté droit. Trois jours après son entrée à l'hôpital, on trouvait dans l'urine une grande quantité d'albumine, et en même temps ce liquide devenait louche, opalescent. Ces caractères de l'urine persistèrent pendant toute la durée de la fièvre typhoïde et longtemps encore après que tous les phénomènes de cette maladie avaient cessé. Dès les premiers jours de l'existence de l'albuminurie, on avait examiné l'urine au microscope et l'on y avait trouvé d'innombrables leucocytes. Du reste, on recon-

naissait facilement que l'urine contenait du pus, par la couleur de ce liquide, par la physionomie du dépôt, après un certain temps de repos du mélange, et par la viscosité que l'ammoniaque lui communiquait. Sous l'influence de l'addition d'une suffisante quantité de cette base, le dépôt se transformait, en effet, en un amas muqueux, filant, tenace, tombant tout d'un bloc, d'un vase dans un autre. Quelle était la signification de cette albuminurie et de cette pyurie? L'albumine n'était-elle que celle du sérum du pus? ou bien y avait-il albuminurie vraie, en même temps que présence du pus dans l'urine? D'où venait le pus? M. Vulpian, se fondant sur la quantité d'albumine contenue dans l'urine et considérant que cette quantité était hors de proportion avec celle que l'on trouve dans les urines simplement purulentes, admit qu'il y avait albuminurie vraie, et en même temps, pyurie. Pour la provenance du pus, il ne pouvait guère y avoir de doute. Le malade n'avait point de blennorrhagie, ni de cystite; de plus l'albumine et le pus étaient apparus dans l'urine après deux jours de douleurs violentes dans la région lombaire, avec redoublement de maladie général. M. Vulpian fut ainsi conduit à admettre que les modifications de l'urine avaient pour cause une affection des reins et probablement des bassinets. Le diagnostic qu'il établit fut *pyélo-néphrite*, surtout marquée du côté droit. Quant à la signification de cette lésion, devait-on rattacher la *pyélo-néphrite* à la fièvre typhoïde ou à la tuberculose? Ici l'on pouvait être embarrassé, car les reins, les calices et le bassinets peuvent, on le sait, devenir le siège d'altérations sous l'influence de la dothiéntérie. Cependant, en tenant compte de l'intensité des douleurs lombaires, de leur prédominance d'un côté et de la quantité du pus mêlé à l'urine, M. Vulpian pensa qu'il s'agissait d'une *pyélo-néphrite* liée plutôt à la tuberculose qu'à la fièvre typhoïde. Dès les premiers temps de cette affection des reins et des

voies urinaires supérieures, l'irritation aiguë du tissu rénal a provoqué une albuminurie assez abondante. Cette albuminurie était bien, en effet, surajoutée à la pyurie : comme il a été dit, la quantité d'albumine que l'on trouve, dans les cas où il n'y a que du pus dans l'urine, est considérablement moindre que celle dont l'urine était chargée chez ce malade. On aurait pu, si on ne l'avait pas su, l'apprendre par les examens de l'urine que l'on a pratiqués à divers moments de la durée de la maladie. On a vu, en effet, l'albumine disparaître presque complètement alors que l'urine contenait encore une notable proportion de globules de pus. Nous avons cherché des cylindres hyalins et de l'épithélium rénal modifié, altéré, soit libre, soit adhérent à des cylindres de ce genre : nous n'en avons pas vu ; mais il est vrai de dire que cette recherche n'a été ni très-répétée, ni très-prolongée chaque fois. C'est vers la fin de la durée de la fièvre typhoïde intercurrente que l'albuminurie a cessé. L'urine est restée purulente jusqu'à la mort.

L'autre particularité intéressante, c'est la production de très-nombreux abcès furonculeux, apparaissant, par poussées subintrantes, sur le pubis, le scrotum et les aines, abcès précédés par une éruption d'ecthyma sur la verge. En même temps que cet ecthyma, se produisirent des douleurs en urinant comme si le canal de l'urèthre était lui-même le siège d'une éruption de même nature. L'ecthyma n'a pas été causé par la présence de parasites ; on avait, dans cette hypothèse, fait pratiquer une onction de pommade mercurielle qui parut hâter la disparition des pustules ecthymateuses, mais cette friction n'empêcha pas le développement des furoncles et des abcès furonculeux dont il vient d'être question.

D'autres détails mériteraient d'être signalés d'une façon spéciale ; mais ils sont suffisamment indiqués dans l'observation. Je fais allusion : 1° aux épistaxis qui ont eu lieu à plu-

sieurs reprises et même tous les jours pendant un mois au moins, alors que la fièvre typhoïde était tout à fait terminée; 2° aux sueurs abondantes qui ont tourmenté le malade dans les deux derniers mois de sa vie et qui ont résisté, beaucoup plus que cela n'a lieu d'habitude, aux pilules et aux injections hypodermiques de sulfate d'atropine. Il a été impossible de faire l'autopsie de ce malade, de telle sorte que l'on n'a pas pu vérifier le diagnostic relatif aux altérations des reins et des voies urinaires supérieures : mais l'on peut dire que ce diagnostic était bien peu contestable.

Cette observation, digne d'attention sous plusieurs rapports, comme on le voit, l'est surtout, croyons-nous, par le fait du développement d'une fièvre typhoïde bien caractérisée, évoluant chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire subaiguë. Il a été difficile de reconnaître quelle influence la fièvre typhoïde a exercée sur la marche de la phthisie. Celle-ci, je le répète, offrait déjà une marche subaiguë avant que les premiers symptômes de la dothiéntérie se fussent manifestés. Pendant la durée de cette maladie intercurrente, l'évolution des lésions pulmonaires n'a pas paru offrir une grande rapidité; peut-être même, si on compare cette évolution, pendant cette période, à ce qu'elle a été une fois que la fièvre typhoïde a cessé, pourrait-on supposer qu'il y a eu comme un ralentissement de l'affection pulmonaire tant que le malade a été sous l'influence de cette fièvre. Mais, en réalité, cette supposition ne s'appuierait sur aucun argument très-probant. D'ailleurs, en même temps que la fièvre typhoïde, et peut-être sous son action, une détermination tuberculeuse avait lieu dans les reins, les calices et le bassinet, et il eût été impossible de savoir, dans le cas où le ralentissement de la marche de la tuberculose pulmonaire eût été plus frappant, s'il fallait l'attribuer à la dothiéntérie ou à une sorte de révulsion produite par la tuberculisation rénale.

— L'observation CIII est un exemple d'altération persistante du système nerveux central, dans le cours de la fièvre typhoïde. On connaît bien aujourd'hui, grâce aux recherches approfondies dont cette pyrexie a été l'objet, les accidents nerveux qui peuvent modifier plus ou moins profondément les formes ordinaires de la maladie. On sait que tout l'organisme est touché par la fièvre typhoïde : c'est par excellence une maladie *de toute la substance*; mais toutes les parties de l'organisme ne sont pas atteintes avec la même intensité, dans tous les cas. Tantôt c'est l'appareil respiratoire qui est le plus affecté; tantôt, c'est l'abdomen; d'autres fois, c'est l'encéphale, ou, d'une façon générale, le système nerveux central : de là, la forme abdominale, la forme thoracique, la forme nerveuse; il y a aussi des formes mixtes; et dans les formes relativement simples, un symptôme, avec lésion organique, peut prédominer, ce qui peut encore donner à la maladie une physionomie, une marche, une gravité spéciales. Lorsque la forme est nerveuse, les troubles fonctionnels et les altérations des centres nerveux dont ils sont les manifestations, peuvent même parfois, à cause de leur persistance et de leur gravité particulière, être considérés comme une véritable complication. Le cerveau peut être pris de telle ou telle façon, seul ou en même temps que les centres bulbo-médullaires; la moelle épinière peut être atteinte d'une manière prédominante. La dernière épidémie a fourni des exemples remarquables de ces diverses variétés. Pour ma part, j'ai observé dans le service de M. Vulpian deux faits de fièvre typhoïde dans lesquels les centres nerveux ont été atteints d'une façon spéciale et qui me paraissent devoir être publiés.

Le premier malade (obs. CIII) a eu une de ces fièvres typhoïdes, irrégulières dans leur expression symptomatique, anormales par leur marche, si difficiles à diagnos-

tiquer, même en temps d'épidémie; cependant la série des symptômes n'a pas laissé, au bout d'un certain temps, de doutes sur l'existence de la fièvre typhoïde. Le malade, pendant tout le cours de son affection, s'est surtout plaint d'une violente céphalalgie; c'était là ce qui le préoccupait le plus; cependant, il n'avait pas de délire, pas d'excitation nocturne, etc. La maladie progresse, arrive à son déclin, guérit; or, pendant la convalescence, plus d'un mois durant, le malade a conservé sa céphalalgie, aussi intense, aussi impitoyable qu'au début de sa maladie: il errait partout dans le service, se plaignant de sa tête, et bien des fois, à la visite du soir, je l'ai trouvé, le front couvert de linges trempés dans de l'eau froide; cela le soulageait un peu.

Je ne sais pas jusqu'à quel point on n'est point autorisé, en pareil cas, à soupçonner l'existence d'un très-léger degré de *méningo-encéphalite* superficielle, sub-aiguë, occupant surtout certaines circonvolutions cérébrales; en un mot, une de ces lésions dont M. Hayem nous a si bien montré les détails histologiques: cette opinion a été celle émise sous toutes réserves par M. Vulpian. — Je dois faire remarquer que je n'ai pas relevé chez ce malade d'antécédents alcooliques.

On a essayé de calmer la céphalalgie par le sulfate de quinine; puis, l'insuccès de cette médication étant bien constaté, on a prescrit le bromure de potassium à doses croissantes et décroissantes. M. Vulpian a donné d'abord 4 grammes par jour en deux paquets, puis 6 grammes en trois paquets, puis 8 grammes en quatre paquets, puis 10 grammes en cinq paquets: on abaissait ensuite, après deux ou trois jours de cette dernière dose, la quantité à 8 grammes par jour, puis à 6 grammes par jour, puis à 4 grammes pour remonter à 6, 8 et 10 grammes. Cette médication est restée tout aussi impuissante que l'autre, et

pourtant elle est très-efficace dans un grand nombre de cas de céphalalgie, ainsi que je l'ai vu dans le service de M. Vulpian. Le chloral, à hautes doses, les révulsifs cutanés (ventouses sèches, vésicatoires volants sur la nuque) restèrent sans effet. La céphalalgie s'est apaisée d'elle-même peu à peu, progressivement: elle n'avait cependant pas encore tout à fait disparu au moment de la sortie du malade. M. Vulpian manifestait le regret de n'avoir pas essayé, chez ce malade, l'action du salicylate de soude; il a vu, en effet, ce médicament influencer d'une façon favorable des céphalalgies de causes diverses, alors que les autres médications étaient restées impuissantes.

— A côté du lit de ce dernier, était couché un autre malade qui, lui aussi, a présenté une complication sérieuse: mais c'est la moelle épinière qui, dans ce cas, a été atteinte d'une façon spéciale. Je me contente actuellement de dire quelques mots de ce fait; l'observation détaillée sera mieux placée à propos des myélites aiguës et subaiguës.

Pendant le cours de sa fièvre typhoïde, presque au moment où commençait la convalescence, ce malade a été atteint de paraplégie incomplète, évidemment symptomatique d'une myélite diffuse subaiguë; on a constaté les douleurs en ceintures, et les douleurs irradiées; les contractures passagères, l'affaiblissement musculaire, l'atrophie, par régions, des groupes de muscles des jambes et des cuisses, la perte de la contractilité électrique, etc. Il faut remarquer que la fièvre typhoïde a été très-grave; qu'elle a revêtu la forme thoracique; que, pendant toute la convalescence, il s'est produit, dans les muscles, sous la peau, des abcès, en grande quantité; que ces abcès ont siégé presque exclusivement sur le côté droit du corps, c'est-à-dire dans le côté correspondant à la moitié de la moelle la plus profondément atteinte. J'apprécierai plus loin, à propos des affections de la moelle, tous ces faits en détail;

mais l'exemple est bien net, plus probant peut-être encore que le précédent. Il y a eu dans ces cas, non pas seulement des lésions dynamiques du système nerveux, mais bien des lésions profondes, destructives, et qui eussent été constatables, histologiquement parlant, si le malade n'avait pas heureusement guéri.

Ainsi qu'on peut s'en assurer, en se reportant à la lecture de l'observation (chap. XI), la fièvre typhoïde chez ce malade, a, comme je l'ai dit, affecté la forme thoracique. Les symptômes pulmonaires ont été, en effet, dominants pendant presque toute l'évolution de la maladie. Ils ont consisté en phénomènes de bronchite généralisée, de congestion pulmonaire, de bronchite capillaire, de broncho-pneumonie, de pleurésie double. Ces signes thoraciques ont été tels qu'à un moment donné, M. Vulpian s'est demandé si la maladie, soumise à son observation, n'était pas une tuberculose à marche rapide. — D'ailleurs les phénomènes généraux concomitants étaient fort graves : pendant plus de six semaines il a existé un état ataxo-adyamique très-accusé, et bien des fois le pronostic a été, pour ainsi dire, désespéré.

Il est intéressant de voir la complication médullaire survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde de longue durée, à forme pulmonaire, avec ataxo-adyamie et productions d'abcès nombreux, etc. Y a-t-il un rapport entre la gravité de la maladie et la détermination sur le système nerveux? On peut répondre d'une façon négative à cette question, du moins si l'on envisage les accidents spinaux, observés dans le cours de la fièvre typhoïde. En effet, on peut constater l'existence de troubles fonctionnels du centre bulbo-médullaire, par exemple de douleurs vives dans les membres, suivies ou non d'anesthésie plus ou moins persistante, dans des cas de fièvre typhoïde d'une moyenne ou même d'une faible intensité.

— L'observation CIV est un cas de *contracture des extrémités*, survenue pendant le cours d'une fièvre typhoïde. L'influence prédisposante de la fièvre typhoïde sur la tétanie est signalée depuis longtemps, mais cependant les faits de ce genre sont, en somme, relativement rares, et, à cet égard, ils demandent une mention spéciale.

L'épidémie de fièvre typhoïde, qui vient de se terminer à peine, a fourni plusieurs exemples de cette affection qui se rencontre le plus souvent dans le décours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde. J'en ai observé un certain nombre, à Beaujon, dans le service de M. le professeur Gubler.

M. Vulpian professe que la tétanie qui survient sous l'influence de la fièvre typhoïde est une manifestation symptomatique en rapport avec un léger état morbide de la moelle épinière : ce serait la traduction d'une faible irritation spinale. La fièvre typhoïde, comme nous le rappelions tout à l'heure, affecte, on peut le dire, tout l'organisme. Il n'est pour ainsi dire pas d'éléments anatomiques qui échappent à l'atteinte de cette pyrexie; mais un grand nombre d'entre eux sont touchés si légèrement dans la plupart des cas, que leur fonctionnement n'est pas en souffrance réelle. Dans d'autres cas, ce fonctionnement est modifié; il y a affaiblissement ou exaltation des propriétés physiologiques de tels ou tels de ces éléments dans tel ou tel organe; l'atteinte peut être plus grave encore et il y a une lésion patente, plus ou moins durable, entraînant une perturbation fonctionnelle plus ou moins persistante. S'il s'agit de la moelle épinière et du bulbe rachidien, on voit que tantôt ces centres nerveux continueront à fonctionner d'une façon normale ou à peu près normale; tantôt il y aura un simple trouble fonctionnel, d'où affaiblissement soit de la sensibilité, soit de la motilité, ou bien hyperesthésie, douleurs, spasmes musculaires, suivant le genre

d'atteinte des éléments anatomiques de ces organes ; tantôt enfin, il y aura myélite plus ou moins caractérisée, ou bien ramollissement de la moelle, d'où des paralysies persistantes, des atrophies, etc. La tétanie serait, dans les cas dont il s'agit, un spasme musculaire, dû à une irritation spinale qui aurait pour point de départ une légère atteinte de la moelle par la fièvre typhoïde. C'est là, du moins, un résumé des idées émises par M. Vulpian à propos de ce cas.

— L'observation CV concerne un cas de fièvre typhoïde grave, qui est un exemple de plus de ces éruptions cutanées qui, si souvent, surviennent pendant la convalescence des dothiéntéries sévères. La jeune malade, qui est l'objet de cette observation, a été couverte de pustules d'ecthyma ; ces pustules ont suppuré longtemps ; elles ont été remplacées par de profondes cicatrices. Dans l'espèce, il faut noter encore la longueur du temps pendant lequel ces accidents ecthymateux se sont produits : l'ecthyma a duré plus de deux mois ; les pustules, à peine guéries, étaient remplacées par d'autres, et ainsi de suite, pendant 65 jours environ.

— L'observation CVI est peut-être un exemple de *récidive* de fièvre typhoïde. Je dis récidive et non rechute, précisément parce que, dans le cas dont il s'agit, le malade était complètement guéri, ou du moins paraissait l'être, puisqu'on l'a envoyé passer, alors qu'il était déjà en pleine convalescence, vingt-cinq jours à la campagne. A son retour à Paris, il est repris d'un peu de malaise, de diarrhée, de maux d'estomac et de fièvre ; les jours suivants, se sont déroulés les phénomènes classiques de la fièvre typhoïde.

Il n'est pas possible, d'ailleurs, d'affirmer, sans faire des réserves, qu'il s'est agi chez ce malade d'une vraie récidive, parce que nous ne l'avons pas vu pendant sa convalescence et qu'il nous est difficile de juger si, pendant son

séjour à la campagne, il était aussi complètement rétabli qu'il nous l'a dit.

Il serait intéressant, dans des cas de ce genre, de posséder la courbe de la température, suivie jour pour jour, pendant toute la convalescence, et de voir si la guérison de la maladie est bien entière, complète. M. le Dr Marrotte, le premier, a fait remarquer que tel de ces malades, en apparence guéri, avait le soir une légère fébricule, de sorte qu'on ne peut pas dire que la fièvre typhoïde avait terminé son évolution ; ce ne sont donc pas de véritables rechutes que l'on observe en pareil cas. M. Guyard, dans son excellente thèse (*Étude sur la fièvre typhoïde à rechutes*), a bien fait ressortir ces faits ; ils demandent à être appuyés encore sur de nouvelles études thermométriques.

Les mots *rechutes* et *récidives* ont aujourd'hui une signification bien précise, au point de vue clinique tout au moins.

Le travail de M. Guyard définit nettement les deux expressions. La rechute et la récidive sont, l'une et l'autre, caractérisées par l'évolution d'un nouvel appareil symptomatique dont tout l'ensemble est semblable à celui qui, déjà, s'est manifesté une première fois ; en un mot, la fièvre typhoïde était disparue en réalité, ou du moins elle paraissait l'être, lorsque, une seconde fois, le malade est frappé par cette affection.

Voilà ce qu'ont de commun les deux termes ; mais ils sont séparés par cette différence capitale : la *rechute* survient pendant la convalescence, celle-ci n'étant pas terminée ; la *récidive* se montre longtemps après la guérison définitive, lorsque la convalescence est franchement achevée.

M. Raynaud avait établi cette distinction en disant : « La rechute survient pendant la convalescence ; la convalescence n'est pas terminée lorsque survient la rechute. »

La définition de Murchison n'est pas moins catégorique : « On entend par rechutes, dit-il, une seconde évolution