

Diagnostic. — Rougeole en partie discrète, en partie confluent et scarlatiniforme.

Cas moyen.

Viol. guim. sir. gom. 2 p. *Julep sir. diacode,* 50 gr. *Lav. émol.* Diète.

Le 24 novembre, la malade se trouve mieux; la rougeur des membres, tant supérieurs qu'inférieurs, a diminué. Sommeil cette nuit. Chaleur normale de la peau. Pouls 72. Langue humide, rosée. Soif normale; appétit.

Convalescence commençante.

Viol. guim. sir. gomme. 2 p. *Julep diacodé.* 1 bouillon.

Le 25, pouls 60-64. Le bouillon a bien passé.

2 bouillons. *Soupe aux herbes.*

Le 26, chaleur normale. Pas de desquamation notable. L'éruption a complètement disparu.

Huitième d'aliments.

Le 1^{er} décembre, elle demande sa sortie.

Obs. VI. — Le 7 avril 1840 est entrée à la salle Ste-Madeleine, n. 15, la nommée Caroline Bridaut, 25 ans, cuisinière, rue du Helder, 14, née à Rougemont, Côte-d'Or.

Constitution forte, vaccinée; à Paris depuis trois ans; réglée à 16 ans; toujours bien réglée depuis cette époque. Habituellement bien portante. Il y a quatre jours, elle fut prise de céphalalgie, de courbature; toux assez fréquente; symptômes qui ne l'empêchèrent pas de vaquer à ses occupations. Hier, étourdissement, coliques, perte de l'appétit, larmoiement, qui l'obligèrent de s'aliter. Dans la journée elle s'aperçut de l'éruption de petites taches rouges sur le visage; le soir épistaxis. Insomnie cette nuit. Aucun traitement actif.

A la visite du soir, on constata les phénomènes suivants :

Le visage, la poitrine, les bras, le ventre et la partie extérieure des cuisses couverts d'une éruption de taches rouges, irrégulières, légèrement saillantes; teinte jaune de l'ovale inférieur. Les yeux sont un peu humides. Conjonctive rouge, injectée; langue saburrale, rouge à la pointe. Bouche pâteuse. Pouls 96-100, petit. Résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière.

Saignée de trois palettes.

Le 8 avril, même état que la veille; l'éruption est bien caractérisée, sur la partie antérieure de la poitrine, les membres et le visage. Les taches sont séparées par des intervalles dans lesquels la peau est blanche comme à l'état normal. Peau chaude, pas trop sèche. Langue blanche; toux rare, sans gêne de la respiration. Quelques crachats muqueux. Pouls 84.

Caillot non rétracté, tremblotant, mou (le sang a mal coulé.)

Diagnostic. — Rougeole avec un peu de bronchite. Cas moyen.

Guim. sir. gom. 2 p. *Lav. huil.* 50 grammes. Diète.

Le 9, la malade va mieux. Peu de toux. L'éruption très-discrète, commençant à pâlir sur la poitrine. Chaleur de la peau douce, moite. Pouls 64-68.

Guim. sir. gom. 2 p. Diète.

Le 10, l'éruption a beaucoup diminué. Crachats muqueux, peu abondants. Pouls 64.

Convalescence commençante.

Id. 1 bouillon coupé.

Le 14, elle demande sa sortie.

Quelles sont les réflexions que peut et que doit nous suggérer la lecture des six cas de rougeole que nous venons de citer, et que nous avons jugés suffisants pour remplir le but que nous nous sommes proposé? Examinons d'abord ces cas sous le rapport de leur gravité, du traitement mis en usage et de la durée de la maladie, et voyons quels ont été en réalité les résultats de l'emploi des émissions sanguines, c'est-à-dire, si elles ont hâté ou retardé la convalescence, ou si leurs effets ont été tout à fait nuls.

Des six cas dont il s'agit, quatre sont graves, ou assez graves, et ont nécessité par conséquent une médication plus énergique que les deux derniers. Aussi voyons-nous que ces quatre malades, d'une forte constitution, du reste, ont tous subi deux émissions sanguines, l'une, le soir de leur entrée, l'autre, le lendemain. Un d'eux, même (obs. 1^{re}), en a subi trois, deux générales et une locale; cette dernière, plus spécialement destinée à combattre les symptômes de la bronchite et à prévenir les accidents les plus redoutables de la rougeole, accidents sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure. Les deux derniers malades n'ont subi chacun qu'une émission sanguine, en raison du peu de gravité de leur affection. Eh bien! chez ces six individus, l'affection, depuis l'entrée à l'hôpital, n'a duré, chez quatre, que quatre jours, chez deux autres, que trois jours, y compris le jour où la convalescence a été reconnue, et où ils ont commencé à prendre du bouillon. Or, ne voyons-nous pas dans tous les auteurs, que la durée de la rougeole est ordinairement de dix à douze jours, que ce n'est que le septième ou le huitième après l'apparition de l'éruption que la desquamation se fait; et encore, ajoute-t-on, « la convalescence » ne date pas toujours de l'époque où cette desquamation commence à avoir lieu. » On est donc, par la méthode des émissions sanguines employées dans ces cas, parvenu à abrégé la durée de la maladie de quatre à cinq jours, c'est-à-dire, de près de moitié. Que si l'on cherchait à faire croire que la brièveté de la maladie tient à ce que les malades ne sont arrivés à l'hôpital que le troisième ou le quatrième jour de l'éruption, et que, par suite, il n'a pas été difficile de guérir rapidement une affection, qui ayant déjà parcouru près de la moitié de sa durée, aurait guéri aussi facilement sans le secours de l'art, nous ferons observer que tous les malades dont on vient de lire les observations ont positivement déclaré que la première apparition des taches rouges rubéoliques ne datait que du matin même de l'entrée, ou au plus tôt, du soir du jour qui avait précédé cette entrée.

Devons-nous croire que ce soit réellement aux émissions sanguines employées ici que l'on doive ces rapides convalescences? Nous ne voyons pas à quelle autre circonstance on pourrait les rapporter, car c'est là le seul moyen actif qui ait été mis en usage. Or, une fois admis (et je pense que personne ne pourra se refuser à en convenir en présence des faits authentiques, irrécusables, que nous avons cités),

une fois, dis-je, ce fait admis, que la durée de la maladie traitée par les émissions sanguines répétées d'une certaine manière a été abrégé du tiers ou même de moitié, que devient l'opinion professée journellement par les dermatologistes : que les saignées employées dans le traitement de la rougeole sont *funestes*, je cite leur expression, à moins qu'elles n'aient pour objet de combattre les diverses complications de cette affection? Les plus grands dangers, il est vrai, que puissent courir les malades viennent sans contredit des complications qui peuvent survenir du côté des organes profonds; mais toute complication étant mise de côté, il n'est pas moins vrai que la saignée mise en usage au début de l'affection qui nous occupe, la rend d'une bénignité bien évidente, en régularise la marche, et prévient la plupart des accidents qui pouvaient se développer dans le cours de cette maladie.

Un mot sur la manière dont a été employé le traitement dans les cas qui nous occupent. Le soulagement n'a pas suivi immédiatement dans tous les cas la première émission sanguine, et il est arrivé, dans trois des faits précédents (obs. 5, 5 et 6), que le lendemain de la première saignée, les malades n'accusèrent pas un soulagement évident; chez le premier de ces trois individus (obs. 5), une seconde saignée fut pratiquée, le malade étant fort et vigoureux, et le cas étant assez grave. Chez la seconde, de tempérament un peu lymphatique, et chez la troisième, où l'affection ne présentait qu'une gravité très-moderée, on s'en tint au traitement expectant, d'autant plus que dans ces deux cas, malgré l'assertion des sujets qui accusaient le même état que la veille, le pouls était tombé de 16 à 18 pulsations depuis la saignée, et l'intensité de l'affection avait bien évidemment diminué. Mais dans un fait comme celui de la troisième observation, où le lendemain de la saignée, aucune amélioration n'était survenue, où le cas était grave, fallait-il abandonner la maladie à sa marche? Nous ne le croyons pas. Dans les fièvres éruptives, comme dans toutes les maladies aiguës, la première émission sanguine n'est pas toujours suivie d'un soulagement notable. Bien plus, dans les affections plus graves qui nécessitent l'emploi des émissions sanguines fréquemment répétées, et véritablement *coup sur coup*, dans la pneumonie, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire, etc., ce n'est quelquefois que la troisième ou la quatrième saignée qui sont suivies d'un soulagement franchement appréciable. Or, dans ces cas, s'arrêter après la première ou la seconde saignée, ce serait s'exposer à perdre tout le fruit de la médication employée. Ce serait avoir inutilement agi, puisque la maladie reprendrait bientôt le dessus; en un mot on se trouverait absolument dans la même circonstance que si l'on n'avait rien fait. Dans les fièvres éruptives, où l'on est rarement obligé de procéder aussi rigoureusement, on n'aura pas besoin de recourir à quatre ou cinq saignées pour constater du soulagement, mais si la première ne produit pas de résultats bien notables, il ne faudra pas craindre d'en pratiquer une seconde, une troisième et même une quatrième, si besoin est, circonstance, du reste, heureusement assez rare. S'arrêter après la première émission sanguine,

dans les cas graves, serait avoir inutilement agi, et l'hésitation du médecin pourrait avoir les suites les plus funestes pour le malade.

Obs. VII. — Au n° 7 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, est couché le nommé Kaffy, domestique, 22 ans, marché d'Aguesseau, 21, né département de l'Aveyron, entré le 31 janvier 1858.

Constitution forte, sanguin, habituellement bien portant, à Paris depuis 2 mois.

Ni vacciné, ni variolé; malade depuis 4 jours. Il a commencé par éprouver une céphalalgie violente, courbature et douleurs générales; coliques sans vomissements; depuis quelque temps déjà, le malade éprouvait des frissons; ces symptômes ont continué, et il s'y est joint, le jour de l'entrée, du mal de gorge et de la toux. Le malade ne s'est aperçu qu'hier, jour de son entrée, des rougeurs qui existaient sur les diverses parties de son corps; il déclare avoir habité dans la même chambre qu'un de ses camarades atteint de la petite vérole.

Le 1^{er} février, l'éruption est parfaitement caractérisée au visage, sur le tronc, et sur les membres. Quelques-unes offrent déjà la forme ombiliquée; entre elles on voit une grande quantité de petites taches rouges, ne s'effaçant pas à la pression. Le visage est gonflé, la voûte palatine est criblée de petites pustules plates et blanches. Dents sèches, lisses, langue rouge, un peu saburrale au milieu. Douleur de gorge, augmentant pendant la déglutition et permettant à peine au malade d'ouvrir la bouche. Pouls 96-100 développé, non redoublé.

Crachats en partie muqueux, en partie albumineux; respiration un peu gênée, 54 insp. à la minute. Résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière; quelques bulles de râle sibilant en avant à gauche, un peu de râle crépitant fin en arrière à droite. Persistance des symptômes généraux dont il se plaignait depuis le début de sa maladie.

Diagnostic. — Variole, cas moyen.

Saignée 5 palettes; 50 sangsues au cou.

Guim., sir. gom., 5 p. *Sol. sir. gom.,* 1 p. *Cat. Lav. Diète.*

Le 2, les pustules se sont multipliées, surtout vers les aisselles; le voile du palais, la voûte palatine, couverts d'une éruption confluent de pustules blanches plates. Déglutition un peu plus facile. Chaleur de la peau modérée. Pouls à 88-92. Crachats moins abondants.

Saignée 5 palettes, 50 sangsues *eod. loco.*

Id. id. Diète.

Le 3, pustules confluentes, ombiliquées sur le visage; déglutition assez facile. Pouls à 70. Chaleur de la peau assez douce.

Le caillot de la saignée, de meilleure consistance que celui de la veille, sans couenne; sérosité un peu louche.

Mêmes boissons. Gargar., miel rosat. 3 ij. Diète.

Le 4, pouls à 68-72.

Un bouillon coupé.

Le 6, le malade a passé une bonne nuit, et se sent soulagé; les pustules du palais commencent à s'affaïsser; celles de la peau commencent déjà en certains points à se dessécher. Pouls 72. Convalescence confirmée.

Soupe aux herbes, pruneaux.

Le 7, les pustules s'affaissent et commencent à se dessécher. Pouls 60.

Huitième d'aliments. OEuf.

Le 10, la plupart des pustules sont tout à fait sèches.

Demie, pruneaux.

Le 25, le malade, parfaitement guéri, demande sa sortie.

Obs. VIII. — Le 14 janvier 1839, est entrée à l'hôpital, la nommée Catherine Mobourg, 18 ans, rue Saint-Honoré, n° 250, domestique, couchée au n° 10 de la salle Sainte-Madeleine.

Constitution forte, tempérament sanguin, réglée à 16 ans, à Paris depuis deux ans; malade depuis trois jours. Elle a commencé par éprouver de la difficulté en avalant, de la céphalalgie, anorexie, fièvre ardente; aucun traitement. Elle est venue en voiture à l'hôpital.

Le soir, à la visite, elle présente l'état suivant: Figure rouge, animée; teinte jaune de l'ovale inférieur. Langue humide, blanche; la gorge n'est pas douloureuse, elle est seulement un peu rouge. Soif, anorexie. Ventre un peu développé, souple, douloureux dans la région iléo-cœcale, où l'on trouve un gargouillement profond. Peau chaude, sèche. Pouls à 108, petit.

Saignée 4 palettes.

Le 15, pas de soulagement notable; peau chaude, moite; pouls à 120, peu redoublé. Visage jaune, abattu; langue blanche, humide. Ventre souple, indolent, sans gargouillement; pas de vomissements, ni étourdissements, ni tintement d'oreilles; une légère épistaxis ce matin; haleine sans fétidité. Pas d'éruption.

Caillot sans couenne; la moindre pression suffit pour le rompre.

Sol. sir. gom., 2 p. Sol. sir. gros. 1 p. Lav., cat. Diète.

Le 16, ce matin, le visage, les membres, le tronc, sont couverts de petites saillies rouges, sensibles au toucher, qui ne sont évidemment autres que des pustules naissantes de variole. Céphalalgie, malaise général; peau chaude, pas trop sèche; nausées sans vomissements; quelques gouttes de sang par le nez. Pouls à 88-92. Langue humide, rosée. Une seule selle.

Diagnostic. — Variole précédée de phénomènes généraux qui auraient pu faire croire à l'existence d'une fièvre typhoïde.

Cas moyen.

Saig. 5 pal. Sol., sir. gros. 2 p. Sol. sir. gom. 1 p. Lav. émoll. Diète.

Le 17, une vésicule commence à se former sur les élevures; quelques-unes sont déjà même ombiliquées. Chaleur modérée de la peau.

Pouls 76-80. Pustules rares sur le tronc, assez abondantes sur les membres et le visage. Pas de pustules dans l'intérieur de la bouche. Langue blanche, saburrale.

Caillot volumineux; adhérent, de consistance médiocre; quelques plaques conennes, minces.

Sol. sir. gom. 2 p. 1 bouillon coupé.

Le 18, l'éruption est achevée, généralement assez discrète; sur la figure, sur les membres

on observe des pustules bien ombiliquées; on n'en voit ni à la gorge, ni sur la langue. Pouls à 72.

Id. id.

Le 19, pouls bon; les pustules entrent en suppuration.

Le 20, on aperçoit au fond de la gorge, trois ou quatre petites pustules comme avortées, jaunâtres. Pouls 64.

Le 21, les pustules continuent à se développer. Pouls à 76. La luette et la partie postérieure du pharynx sont parsemés de pustules blanches, plates, demi-confluentes, sans rougeur ni gonflement notable au fond.

Le 22, la suppuration commence dans quelques points.

Le 24, la respiration continue à se faire. Un huitième d'aliments. Vin.

Le 1^{er} février, la plus grande partie des croûtes est tombée.

La malade; parfaitement guérie depuis longtemps, sort le 17 février.

Obs. IX. — Le 3 mai 1840, est entrée à la salle Sainte-Madeleine, n° 6, la nommée Augustine Bernard, cuisinière, rue d'Argenteuil, 45, née à Boitra, Marne.

Constitution assez forte, lymphatique, ni vaccinée ni variolée, à Paris depuis deux ans; réglée à 17 ans, toujours bien réglée depuis cette époque. Il y a huit jours, céphalalgie, étourdissements, anorexie, brisement des membres, douleurs lombaires, sentiment de faiblesse. Elle ne s'alita qu'avant hier au soir; les mêmes symptômes ont persisté en s'aggravant jusqu'à l'entrée. Pas d'épistaxis. Aucun traitement actif.

État de la malade à l'entrée.

Visage animé, rouge terne, surtout aux pommettes; les yeux sont à demi fermés, larmoyants; abatement. Lèvres sèches, langue saburrale, rouge aux bords, soif vive. Épigastre douloureux à la pression. Ventre développé; un peu de gargouillement dans les flancs. Peau chaude, sèche. Pouls à 112, redoublé. Prostration, brisement des membres. Résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière.

Saig. 5 palettes.

Le 6, nuit fort agitée. Ce matin, on voit sur le visage et les membres des taches un peu acuminées, rudiments de pustules varioliques; gorge douloureuse, tête lourde. Chaleur modérée. Pouls 92-96, non redoublé. La voûte palatine et le voile du palais présentent un aspect grenu. L'amygdale droite un peu gonflée.

Diagnostic. — Variole discrète.

Cas assez léger.

20 sangsues au cou. Org. sir. gom. 2 p. sol. sir. gros. 1 p. cat. diète.

Le 7, les sangsues ont abondamment saigné. Visage moins abattu. Pouls à 80. L'éruption toujours discrète, cependant le nombre des pustules a augmenté. On en observe aujourd'hui quelques-unes sur l'abdomen. Chaleur modérée de la peau. Soif moins vive.

Org. chiend. sir. gom. 2 p. Cat. autour du cou. Diète.

Le 8, les pustules se développent réguli-

rement, bien ombiliquées. Pouls à 72. Chaleur normale. Langue humide, saburrale. Une seule selle.

Id. supra.

Le 9, les pustules entrent en suppuration. Pouls à 72. Langue rosée, humide, encore un peu saburrale. 25 ou 50 pustules sur l'abdomen, moins avancées que celles des membres.

Id. diète.

Le 10, 1 bouillon coupé.

Le 15, quelques pustules du visage commencent à se flétrir et à se dessécher. Pouls 72. Chaleur douce.

1 bouillon, 1 potage, pruneaux.

Le 25, parfaitement guérie depuis longtemps, elle demande sa sortie.

Il nous serait, je pense, à peu près inutile de nous étendre bien longuement sur les trois observations de variole que nous venons de rapporter ici. La plupart des réflexions, en effet, que nous avons présentées au sujet de la rougeole, peuvent s'appliquer aux cas de variole qui sont passés sous nos yeux. Nous ferons remarquer seulement que dans ces trois cas, où la variole s'est déclarée chez des sujets qui n'avaient été ni vaccinés ni variolés, l'affection aurait pu prendre et aurait, sans doute, pris une marche beaucoup plus grave que celle qu'elle a suivie, et cela surtout chez le malade qui fait le sujet de la septième observation, si des émissions sanguines répétées à de courts intervalles n'eussent prévenu, en quelque sorte, le développement complet de la maladie, et les accidents graves qu'elle eût pu entraîner à sa suite.

Forcés, dans un travail du genre de celui-ci, de nous restreindre dans des bornes un peu étroites, nous avons dû parmi les nombreuses observations que nous avons entre les mains, n'en choisir que trois, d'intensité différente, afin de montrer, comme il est du reste facile de le concevoir *a priori*, que le traitement par les émissions sanguines répétées dans les fièvres éruptives, comme dans toutes les autres maladies, doit varier suivant diverses circonstances, telles que la force des sujets et l'intensité de l'affection. Il est également inutile de répéter ce que nous avons déjà dit au commencement de cet article, que dans les fièvres éruptives, lorsque l'on applique à leur traitement la formule des saignées en usage à la Charité, on est rarement obligé d'y recourir d'une manière aussi longtemps soutenue que dans beaucoup d'autres maladies aiguës, par la seule raison que l'affection étant moins grave ne réclame pas des remèdes aussi énergiques pour la combattre.

Ainsi, dans le premier de ces cas, qui était moyen, on prescrivit deux saignées générales et deux locales, sous l'influence desquelles, en trois jours, le pouls de 96-100, tomba à 68-72 (1). L'éruption se fit

bien complètement, mais d'une manière bien moins intense, bien plus régulière qu'elle ne se fût faite, si l'on eût laissé marcher la maladie abandonnée à elle-même. Le second fait présentait à peu de chose près la même intensité que le premier, moins toutefois le mal de gorge et le gonflement des amygdales. Aussi les deux saignées générales furent-elles pratiquées, mais on put se dispenser des émissions sanguines locales. Le troisième et dernier malade présentait une affection légère, contre laquelle une seule saignée fut mise en usage. Sous l'influence de cette méthode de traitement, dans les trois cas la marche de la maladie fut rendue bénigne; aucune complication ne se montra ou du moins ne fut dangereuse, en même temps que l'intensité, la durée de la maladie fut sensiblement abrégée.

Nous ne croyons pas hors de propos, avant de terminer cet article, de citer ici un fait, assez rare, je pense, dans la science, en ce sens, que, sur le même sujet, on eut l'occasion d'observer le développement simultané des trois sortes d'éruptions qui caractérisent la rougeole, la variole et la scarlatine, d'autant plus que ce cas, fort intense, fut enrayé d'une manière bien évidente, par les émissions sanguines répétées avec une grande persévérance.

Obs. X. — Au n° 8 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, est couché le nommé Antoine Ferbach, 21 ans, bijoutier, rue Saint-Spire, 7, né à Dusseldorf, Prusse, entré le 25 juin 1838.

Constitution forte, sanguin, à Paris depuis trois ans, vacciné; on constate au deux bras des cicatrices de vaccine, bien distinctes, l'une d'elles est à son centre le siège d'une pustule variolique. Il y a cinq jours, il fut pris de faiblesse, sentiment de courbature, céphalalgie, fièvre. Il a continué à travailler les deux premiers jours. Le troisième jour, il s'aperçut d'une rougeur disséminée sur la peau du ventre et du thorax. Pas de toux, ni de point de côté.

État du malade, le 25 juin, au soir.

Figure rouge, couverte de saillies nombreuses, rouges, paraissant appartenir à la variole commençante. La peau de la partie antérieure du thorax ainsi que celle des aisselles, est couverte de taches rouges séparées par des intervalles blancs, ayant le caractère de la rougeole. A partir du niveau du sein, jusqu'à la moitié supérieure des cuisses, on trouve une teinte uniforme, d'un rouge écarlate, propre à la scarlatine. Les membres sont couverts d'un grand nombre de plaques rouges surmontées de petites saillies pustuleuses. La gorge présente une rougeur disposée par plaques, avec gonflement des parties, et surtout de l'amygdale gauche. Langue saburrale.

Pouls à 120, développé, résistant, résonnance et respiration bonnes partout.

Saig. 5 pal. 50 sangsues au cou.

Le 25 juin, soulagement général, déglutition plus facile; la gorge est cependant toujours sèche, l'éruption du visage est bien variolique. La région des aisselles est le siège d'une rougeur rubéolique. On la retrouve sur les membres, en même temps que des pustules de variole. Quelques traces de rougeur scarlatineuse à la partie interne des cuisses.

(1) Je sais que l'on pourra m'objecter que dans la variole, à une certaine époque, le pouls tombe, et la fièvre disparaît presque entièrement; mais il n'en est pas ainsi dans les cas graves où il n'y a jamais d'apyrexie lorsqu'on abandonne la maladie à elle-même.

Les pustules varioliques ne reparaissent que vers le tiers inférieur de la cuisse et à la jambe. Développement des pustules sur la partie inférieure du voile du palais et de la voûte palatine. Gonflement et rougeur des amygdales, surtout de la gauche. Pouls à 100, plein, souple. Résonnance et respiration, bonnes partout.

Caillot adhérent, tremblotant, pas de couenne. Une croûte rouge de une ligne et demie d'épaisseur.

Diagnostic. — Eruption simultanée de petite vérole, de rougeole et de scarlatine, avec prédominance de la variole et accompagnement d'angine tonsillaire interne.

Cas grave.

Saig. 4 pal., 50 sangsues au cou, Cat. sol. sir. gom., sol sir. gros. lav. Diète.

Le 25, soulagement notable. L'éruption variolique marche bien, débarrassée en grande partie de l'éruption rubéolique et scarlatineuse, les pustules sont ombiliquées, confluentes sur le visage. Déglutition libre, amygdales toujours gonflées. Pouls 84, souple.

Caillot comme la veille, recouvert d'une petite couenne mince.

Saig. 5 pal., 50 sangsues au cou.

S. sir. gom. 5 p. cat. Diète.

Le 26, même état que la veille. Les pustules de variole n'existent pas aux endroits qui étaient le siège de l'éruption rubéolique et scarlatineuse; ailleurs elles sont confluentes, celles du visage entrent en suppuration. Pouls 88, rougeur de l'arrière gorge beaucoup moins considérable.

Le 28, visage toujours un peu gonflé, pouls 100-104. Les pustules sont en pleine suppuration.

Le 1^{er} juillet, très-bien. La dessiccation des pustules se fait très-bien. Pouls 80.

2 bouillons. 2 potages. Pruneaux.

Le 17, il demande sa sortie.

Certes, s'il est un fait qui puisse venir à l'appui de l'opinion que nous avons émise sur l'efficacité des émissions sanguines répétées dans le traitement des fièvres éruptives, c'est bien celui que nous venons de raconter. Nous voyons en effet chez un sujet fort sanguin, âgé de 21 ans, se développer une triple éruption avec forte réaction fébrile et prédominance de l'éruption fébrile variolique. Trois saignées, formant en tout 10 palettes de sang (2 livres 1/2) et 80 sangsues au cou (environ 7 à 8 palettes), en tout 4 livres, 8 à 12 onces, ont été employées dans l'espace de trois jours, et le cinquième jour après l'entrée, le malade prenait déjà du bouillon; la convalescence commençait. Croit-on que, sans un traitement aussi énergique, on fût venu à bout d'une maladie, ou plutôt d'une réunion de maladies de cette intensité, dans un espace de temps aussi court? Nous ne pouvons véritablement l'admettre jusqu'à ce que des faits nombreux et authentiques soient venus prouver que les autres méthodes donnent des résultats soit égaux, soit supérieurs à ceux que nous venons de faire connaître.

Encore un mot avant de terminer. On a dit et répété souvent que les saignées pouvaient faire rentrer l'éruption dans ces fièvres et causer des accidents

souvent mortels. Je ne sais si c'est sérieusement que cette objection a été faite; mais ceux-là qui le répéteraient sérieusement, nous ne pourrions que les renvoyer à cet aphorisme si ancien et toujours si vrai, du père de la médecine: *Duobus laboribus, non in eodem loco, simul obortis, vehementior obscurat alterum*, et quand ils l'auraient lu, serait-il besoin de leur démontrer que dans tous les cas où ces accidents auront été observés, ce ne sont pas les saignées, mais une phlegmasie intérieure plus violente que l'affection primitive, qui a arrêté le développement normal de l'éruption, et causé ces accidents?

Ce ne sont pas les saignées, dis-je, car ces accidents ont été souvent, plus souvent observés chez des sujets qui n'avaient pas subi la moindre émission sanguine, que chez ceux qui avaient été traités ainsi, résultat dont on se rend facilement compte, et qui ne surprend plus lorsque l'on sait que les émissions sanguines ont pour effet principal de dissiper ou d'affaiblir au moins notablement l'intensité des complications qui entravent quelquefois la marche des maladies qui nous occupent. Y a-t-il un seul des malades dont nous venons de parler chez lequel on ait vu rentrer ainsi l'éruption sous l'influence des émissions sanguines, dont on a fait cependant largement usage dans quelques cas et notamment dans le dernier? A la suite de ce traitement l'éruption a toujours peu à peu pâli, diminué; en même temps la réaction fébrile est devenue moins forte, et la résolution s'est faite de la manière la plus régulière et la plus favorable.

En résumé, les accidents qui ont été observés chez quelques malades affectés de fièvres éruptives et que l'on a cru avoir été provoqués par une métastase résultant de la rentrée de l'éruption, ne sont pas la suite, mais la cause de cette rentrée de l'éruption, et dans aucun des cas que l'on a pu traiter par les émissions sanguines, ces accidents n'ont été observés.

Il est facile de concevoir que les conclusions par lesquelles nous allons terminer cet article n'ont pas été déduites des neuf ou dix observations seulement que nous venons de publier. Nous savons aussi bien que personne que ce n'est pas avec quelques faits que l'on peut établir des statistiques et poser des principes certains; c'est donc d'après des faits nombreux observés depuis plusieurs années et recueillis avec soin, faits dont nous n'avons voulu, si je puis m'exprimer ainsi, que présenter en quelque sorte un échantillon, un spécimen, que nous croyons pouvoir poser les conclusions suivantes:

1^o Les saignées soit générales, soit locales, pratiquées dans les fièvres éruptives, soit au début, soit même à une période plus avancée (à moins que dans la variole la maladie ne soit dans la période de suppuration), loin d'être nuisibles, comme on le croyait autrefois, et comme beaucoup de personnes le croient encore aujourd'hui, jouissent au contraire d'une efficacité incontestable.

2^o Ces émissions sanguines si elles ne font pas avorter la maladie, présentent du moins un grand avantage sur la médication expectante conseillée par les auteurs, en ce sens, qu'elles rendent la maladie

moins intense, en régularisent la marche et en abrègent la durée de près de moitié.

3^o L'emploi des saignées dans le traitement des complications n'est pas suivi d'amélioration moins évidente; dans la plupart des cas même, ce traitement, quand il est mis en usage au début de l'affection, prévient le développement des accidents qui l'accompagnent fréquemment.

4^o La rentrée de l'éruption, qui, lorsqu'elle a lieu, est le plus ordinairement accompagnée d'accidents graves du côté des viscères thoraciques ou abdominaux, loin d'être provoquée par les émissions sanguines, est toujours le résultat du développement de phlegmasies intérieures dont la violence trouble la marche régulière de la fièvre éruptive.

5^o Dans les fièvres éruptives, lorsque les cas sont graves, les émissions sanguines, proportionnées, du reste, à la gravité du cas et aux conditions dans lesquelles se trouve le sujet, ces émissions sanguines doivent être mises en usage dans un court espace de temps, et suivant la formule établie par le professeur de la Charité.

(L'Expérience, n^o 135.)

85. *Sur l'emploi du sulfate de quinine dans les ascites consécutives aux fièvres intermittentes*; par le docteur MICHEL LÉVY, médecin ordinaire, professeur à l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce.

Si la sollicitude du médecin n'est que médiocrement excitée par le pronostic des fièvres intermittentes simples, elles ne laissent pas que de réagir à la longue sur l'organisme tout entier, et de devenir le principe d'altérations multiples, trop souvent réfractaires aux efforts de la thérapeutique. L'influence qu'elles exercent par leur persistance ou par leurs récurrences se manifeste d'une manière générale et locale; tous ceux qui ont observé sur une grande échelle les fièvres périodiques connaissent les effets que produit sur l'économie leur action prolongée ou fréquemment répétée; la peau et les orifices muqueux se décolorent, les fonctions digestives sont ralenties ou perverties, la nutrition ne s'opère que d'une manière incomplète, les mouvements deviennent plus lents, une sorte d'inertie s'empare du malade et se manifeste jusque dans les fonctions intellectuelles; les viscères abdominaux, siège de congestions répétées, augmentent de volume; les extrémités s'infiltrant; des épanchements ont lieu dans le sac péritonéal, soit dans les principales cavités splanchniques à la fois; une fois arrivé à cette période, le malade n'a plus à compter sur l'efficacité de l'art, et c'est ainsi qu'à de simples accès de fièvre intermittente pure, mais ramenés par de nombreuses récurrences, ont succédé des états morbides qui alimentent à leur tour le foyer de la fièvre: « *Qua plures relapsus, eo major attentio habenda, ne aut infarctus viscerum abdominalium nascan-*

tur, aut nati jam, latentesque, fomitem febrilem alant. » (Stoll, *APHOR.*, 461.)

Parmi les états morbides qui constituent les accompagnements de la fièvre intermittente, le plus fréquent, sans contredit, c'est l'engorgement splénique. Signalé par tous les pyrétologistes, il a fourni aux uns un sujet de prévention contre l'usage du quinquina, à d'autres la base d'une théorie de la fièvre; mais l'idée de le combattre par le même agent médicamenteux, qui rompt la série des accès, appartient à la médecine contemporaine et pour nous elle constitue une des meilleures tentatives de la thérapeutique. Nous n'avons souci des inductions pathogéniques qu'on a tirées de l'utilité du sulfate de quinine contre les engorgements de la rate; il nous paraît même difficile d'établir si l'augmentation de volume que présente ce viscère, résulte d'une nutrition exagérée, et se trouve justement caractérisée par le terme d'*hypersplenotrophie*; la connaissance plus approfondie de la structure de la rate et la facilité qu'on éprouve, dans la plupart des cas, à la réduire, par l'expression du sang qui l'engorge, à son volume ordinaire, ramèneraient plutôt à l'opinion des anciens, et rendent une certaine justice au mot obstruction, *infarctus*. Quelles que soient les véritables conditions de la tumeur splénique, deux faits sont aujourd'hui hors de contestation: 1^o Sa fréquence, mieux vérifiée et plus exactement appréciée depuis l'utile extension donnée, par le professeur Piorry, à la percussion; 2^o L'efficacité du sulfate de quinine pour réduire les dimensions de la rate presque toujours, et souvent pour la ramener à son volume normal. Cette action spéciale du sulfate de quinine est singulièrement secondée par les applications répétées de ventouses scarifiées sur la masse splénique. Grâce à l'emploi combiné de ces moyens, nous avons souvent vu se dissiper des tumeurs spléniques qui dataient de fort loin et qui avaient acquis des proportions considérables. Négligées ou rebelles à l'action des moyens précités, elles finissent par déterminer des épanchements péritonéaux, en agissant comme tout autre obstacle à la circulation veineuse abdominale. Aussi les hydropisies sont-elles, après les altérations de la rate, la conséquence la plus ordinaire des fièvres intermittentes opiniâtres ou fréquemment récidivées. A Paris, l'ascite s'observe rarement à la suite des fièvres périodiques, parce que celles-ci sont presque toujours combattues à temps, et qu'elles ne sont remarquables ni par leur ténacité, ni par leur intensité phénoménale. Il n'en est pas de même dans les localités désolées par les endémies de fièvres intermittentes, et où les secours de l'art n'ont pas encore reçu une organisation publique; dans plusieurs parties de la Corse aucun traitement n'est appliqué aux fièvres d'accès; les habitants qui en sont atteints les laissent s'épuiser et subissent tous les effets d'une expectation insouciance: aussi les engorgements spléniques, les hydropisies ascites, les anasarques n'ont pas fait défaut à notre observation dans le pays de Corté, en Balagne, etc. La multiplicité de ces altérations consécutives parmi la population de diverses régions de l'île a été constatée par la plupart des médecins militaires qui y sont envoyés,

notamment par M. Maillot, auteur d'un excellent traité des fièvres intermittentes.

Il ne faudrait pas croire néanmoins que les lésions consécutives aux fièvres d'accès ne s'observent que chez les individus qui ont laissé durer celles-ci par défaut de traitement, ou qui ont éprouvé de fréquentes rechutes; souvent la rate s'est engorgée à la suite d'un petit nombre d'accès, et la tumeur qu'elle forme s'est maintenue longtemps après leur cessation complète. D'autres malades n'ont éprouvé que de rares récidives, de courte durée, à long intervalle, et n'en sont pas moins porteurs d'engorgements spléniques. C'est que les fièvres intermittentes, dites simples, ne sont peut-être pas aussi simples qu'on le pense, c'est-à-dire dégagées de toute lésion viscérale; depuis trois ans et demi nous explorons avec soin les conditions de la rate chez tous les fébricitants qui entrent dans notre service, et cet examen nous a donné la conviction que dans l'immense majorité des cas, une douleur ayant son siège dans la région splénique a précédé ou accompagné les premiers accès et parfois subsiste encore après leur extinction; si l'on interroge ceux qui sont affectés d'engorgement de la rate, on apprend presque toujours qu'antérieurement à l'apparition de la rémittence splénique, un point douloureux a existé dans l'hypochondre gauche; quant aux engorgements spléniques, ils sont eux-mêmes très-fréquents, même à Paris, parmi les fébricitants de la garnison; il est vrai que beaucoup d'entre eux en étaient affectés avant leur arrivée à Paris, ou bien ont éprouvé durant leur séjour dans la capitale des rechutes multipliées. La fréquence de ces deux phénomènes, douleur et tumeur spléniques, isolés ou réunis, nous a depuis longtemps porté à joindre, dans le traitement des fièvres intermittentes, l'emploi des ventouses scarifiées à celui du médicament antipériodique interne; nos cahiers de visite témoignent qu'il est sorti de nos mains peu de fébricitants qui n'aient subi dans la région splénique l'application de ventouses scarifiées en même temps que le sulfate de quinine leur était prescrit à l'intérieur, et bien avant la communication faite par M. Nonat à l'Académie de médecine, nous insistions auprès de nos élèves sur la facilité plus grande qu'on a de guérir les accès intermittents par l'usage simultané des moyens précités.

Les fièvres intermittentes et les engorgements spléniques qui les accompagnent n'ont pu s'offrir aussi souvent à notre observation, sans amener aussi sous nos yeux un certain nombre d'hydropisies consécutives. A ces dernières lésions, nous n'avons opposé longtemps que le traitement généralement employé; on sait de quelles séries de moyens il se compose; quand on a vainement combattu la cause réelle ou probable de l'accumulation du liquide dans le péritoine avec ou sans infiltration des extrémités, on ne s'attache plus qu'à obtenir la diminution, sinon la résorption complète du fluide épanché; viennent alors suivant les cas individuels, les toniques, les amers, les diurétiques, les dérivatifs, etc. Mais combien a-t-on compté de succès à la suite de ces médications, si l'épanchement a été considérable et d'une origine éloignée? Combien de fois a-t-on produit une diurèse abondante par l'opiniâtre emploi des remèdes décorés du nom de diurétiques? Chez com-

bien de sujets a-t-on relevé les forces par les toniques, corroboré la fibre, activé les sécrétions? La médecine aurait mauvaise grâce à ne point confesser l'insuffisance de la plupart de ces médications dans les cas d'hydropisie ascite, suite de fièvre intermittente; l'issue de ces affections n'est plus douteuse, après l'insuccès des différents ordres de moyens indiqués et dont l'usage quotidien constitue l'une des routines automatiques de la médecine clinique. Que l'épanchement diminue pour augmenter derechef ou qu'il reste stationnaire, la diathèse séreuse ne tarde point à s'établir chez le malade; l'infiltration s'étend au scrotum, aux malléoles, aux joues; bientôt toute la couche cellulaire sous-cutanée participe à l'œdème; parfois l'épanchement se répète dans les cavités de la plèvre et du péricarde; l'émaciation est progressive, les forces tombent, et bientôt une diarrhée, provoquée ou augmentée par l'usage des médicaments internes, emporte le malade.

Combattre en temps opportun et avec énergie les engorgements spléniques, source de ces hydropisies, voilà sans contredit l'indication souveraine, et c'est par les ventouses scarifiées, jointes à l'usage persévérant du sulfate de quinine, qu'il est surtout possible de la remplir. Mais l'ascite une fois développée, les mêmes moyens peuvent-ils trouver encore leur place et susciter quelques chances de guérison? Voilà la question que nous nous sommes adressée il y a quelques mois en présence de deux cas d'ascite et d'infiltration, consécutives aux fièvres intermittentes; chez l'un de ces deux malades, l'hydropisie était survenue postérieurement à son admission dans mon service et avait succédé à des récidives de fièvre intermittente, accompagnée de tumeur splénique et dont les accès avaient fini par se confondre, au point de nous offrir un exemple de ces pyrexies pseudo-continues qu'ont signalées les médecins employés, dans ces derniers temps, en Afrique. L'autre malade nous est arrivé avec une ascite commençante et un œdème notable des extrémités; ses antécédents, les dimensions de la rate nous ont permis, comme pour le premier, d'établir entre ces faits et l'existence de l'épanchement péritonéal et sous-cutané un légitime rapport de causalité. Appuyé sur cette induction, nous avons administré contre ce dernier état morbide le sulfate à dose moyenne et soutenue, étendant aux effets le traitement qui neutralise la cause. Le succès a couronné cette tentative que nous comptons renouveler à la première occasion; nous avons vu disparaître sous l'action du sulfate de quinine l'enflure des membres, la collection séreuse du péritoine, comme nous avons vu souvent se dissiper par l'efficacité du même agent les infarctus de la rate. En même temps que les fluides épanchés sur divers points de l'économie étaient résorbés, la rate diminuait de volume, ou plutôt n'est-il point permis de dire qu'à la suite de la réduction progressive de la masse splénique, disparaissait par degré la collection séreuse, produit d'un obstacle viscéral à la circulation veineuse de l'abdomen? La lecture des deux faits suivants fera ressortir le parallélisme de ces deux ordres de phénomènes, parallélisme qu'il est difficile de ne pas convertir en un rapport de dépendance mutuelle, confirmé d'ailleurs par le résultat thérapeutique.

Obs. I. — Le nommé Travers, fusilier au 53^e régiment de ligne, est entré à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 8 janvier 1850, et a été placé au lit n^o 58, de la salle 7. Agé de 22 ans, tempérament lymphatico-sanguin, force moyenne, cultivateur avant son admission au service militaire, laquelle date d'un an. Les renseignements fournis par le malade se résument en ceci : fièvre bilieuse à l'âge de onze ans; à quatorze ans, fièvre intermittente quotidienne qui a duré trois mois, et qui, revêtant ensuite le type double tierce, s'est prolongée trois autres mois. Depuis cette époque jusqu'au 3 janvier dernier, il s'est bien porté; ce jour-là il fut pris d'un accès de fièvre caractérisé par la succession régulière des trois stades et accompagné de diarrhée; cet accès, qui dura cinq ou six heures, s'est répété les jours suivants, et l'a déterminé à entrer à l'hôpital. Soumis le 9 janvier à notre examen, il a présenté l'état suivant :

Facies animé, peau sudorale, pouls à 90-95, légère céphalalgie; langue un peu rouge vers les bords, mais humide et plate, la pression abdominale est presque douloureuse de l'épigastre vers l'hypochondre gauche; la diarrhée qui existait au début de la fièvre, a cessé; la rate est manifestement augmentée de volume; elle forme dans l'étendue de quatre travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes une tumeur renitente, sensible à la percussion, et dont le son mat contraste avec la résonnance gazeuse du reste de la surface abdominale; le malade ne peut préciser le temps où cette tumeur s'est développée, mais il déclare avoir ressenti, dans les fièvres antérieures, un point douloureux dans l'hypochondre gauche. Rien à noter dans les autres organes et appareils. On prescrit la diète, la limonade gommeuse, des fomentations émollientes sur le ventre, quatre ventouses scarifiées sur la région splénique.

Du 9 au 10 janvier, point d'apyrexie; la douleur splénique est diminuée; le volume de la rate est le même; point de selle. Même prescription moins les ventouses.

Du 11 au 13, on a vainement recherché le moment de l'intermittence; la fièvre continue sans interruption, mais sans accroissement d'intensité; sur les instances réitérées du malade, on accorde en petite quantité quelques aliments légers.

Le 14, point de changement; constipation de quatre jours; 45 grammes de sulfate de soude.

Le 15, par suite du purgatif prescrit la veille, cinq à six selles; la fièvre est un peu plus forte, la douleur s'est réveillée dans l'hypochondre gauche; diète, trois ventouses (grandes) scarifiées.

Le 17, on est obligé de revenir au même moyen (4 vent. scarif.) à cause de la persistance de la douleur splénique, et l'on profite en même temps d'une apyrexie franche pour prescrire 4 décigrammes de sulfate de quinine; on accorde la soupe. On continue le sulfate de quinine le 18; le 19, retour d'un point douloureux dans la région de la rate qui n'a pas diminué de volume depuis l'entrée du malade; cette sensibilité splénique s'est-elle développée sous l'influence des premières doses du fébrifuge, et comme résultat d'une action directe de celui-ci sur le viscère engorgé? — Rien ne peut être affirmé à cet égard; quatre nouvelles ventouses scarifiées sont

posées au lieu dolent, et l'usage du sulfate est continué à la même dose.

Le 20, l'inspection du malade fait reconnaître une infiltration des extrémités inférieures, du scrotum et de la paroi abdominale; un commencement d'ascite est constaté par la sensation du flot, obtenue sur les points déclives du bas-ventre, que l'on fait varier suivant la position du malade.

L'épanchement péritonéal augmente jusque vers la fin de janvier; les régions dorsales des mains, les poignets et les joues du malade, sont légèrement œdématisées; la peau se décolore; quelques macules scorbutiques apparaissent sur celle des jambes. Des aliments sont prescrits au malade, mais en petite quantité; des boissons diurétiques (chiendent nitre), la teinture de scille et de digitale en frictions, le sulfate de quinine à l'intérieur composent le traitement, auquel on ajoute, le 31 janvier, l'application d'un bandage compressif sur l'abdomen. Du 27 au 30, il a fallu suspendre l'administration du fébrifuge, par suite de la sensibilité de l'épigastre; repris le 31, et associé plus tard à l'opium, il a été continué à la dose permanente de 4 décigrammes jusqu'au 8 février; à cette époque le malade, alimenté progressivement, mange la demi-portion; l'ascite a progressivement disparu, ainsi que l'œdème du scrotum et du visage; il ne reste plus guère qu'un peu d'infiltration aux mollets, qui sont flottants, et autour des malléoles où les doigts appliqués laissent encore une empreinte. L'hypochondre gauche est indolore, la rate ne déborde plus que d'environ deux travers de doigt le rebord des côtes asternales; le malade se lève depuis plusieurs jours; son appétit est vif; ses digestions régulières.

Jusqu'au 18 février, on continue à doses décroissantes le sulfate de quinine associé à l'opium, ainsi que les boissons diurétiques et les frictions de teinture de scille et de digitale; on rend le régime plus fortifiant, et l'on recommande l'exercice. Le 23 février, la convalescence est confirmée; le sujet a repris une bonne coloration, ses forces augmentent; la rate offre encore au-dessous des fausses côtes une légère saillie. En l'absence de tout établissement de convalescence militaire et craignant de rendre prématurément ce soldat aux fatigues et aux irrégularités de la vie de caserne, nous l'avons gardé quelque temps encore sous notre surveillance; aucune rechute n'est venue troubler sa guérison.

Quand ce malade nous est arrivé, l'invasion de sa fièvre intermittente ne remontait qu'à trois jours, et déjà la rate s'était tuméfiée; il était peu probable que l'affection splénique fût aussi récente que la fièvre; six mois d'accès quotidiens et double-tierces, que le malade avait subis entre quatorze et quinze ans, expliquent l'origine de l'engorgement considérable de la rate, que son indolence avait fait négliger. Est-ce à l'existence antérieure de cet engorgement qu'il faut attribuer la subintrance des accès survenus depuis le 3 janvier et qui ont fini par se transformer en une fièvre pseudo-continue? A coup sûr, l'invasion de cette fièvre a eu pour effet de ramener à l'acuité l'altération de la rate, ainsi que le témoigne la douleur opiniâtre dont elle est devenue subitement le siège.

C'est le 20 janvier que l'on constate l'infiltration des membres et la collection naissante du péritoine,