

et dès le 8 février, ces symptômes ont disparu en partie. Serait-on tenté de considérer comme spontanée la résorption des fluides épanchés? Mais, comme nous l'avons dit, avec ce phénomène a coïncidé celui de la diminution de l'engorgement splénique, et qui ne sait combien sont rares et difficiles ces effets de résorption spontanée chez des sujets travaillés par des fièvres prolongées et porteurs d'une lésion viscérale chronique?

On trouvera sans doute que nous avons nourri prématurément ce malade, puisqu'il a obtenu quelques légers aliments, dès le 11 janvier, malgré la continuité de la fièvre; mais telle est souvent l'urgence de la situation médicale dans les hôpitaux militaires, qu'il faut faire fléchir aux exigences du malade la rigueur de la diététique. La privation tant soit peu prolongée des aliments est plus sensible au soldat malade qu'à tout autre sujet; elle réagit d'une manière funeste sur son état moral, et dans plus d'un cas il y aurait imprudence à se refuser à ses sollicitations lamentables, alors même que le maintien de la diète est indiqué par l'acuité du mal et conforme aux lois de la saine thérapeutique.

Obs. II. — Bonhour, fusilier au 59^e régiment de ligne, entré à l'hôpital le 5 février 1840, placé au lit n^o 56 de la salle 7, âgé de 25 ans, tempérament lymphatico-sanguin, force de constitution médiocre, maçon avant son entrée au service militaire auquel il a été appelé depuis trois ans; il n'a jamais eu d'autre maladie qu'une diarrhée qui remonte à deux ans. Le 2 octobre 1839, il a été pris d'une fièvre quarte qui s'est prolongée pendant deux mois et demi, sauf quelques périodes apyrétiques de courte durée; la plus longue de ces périodes s'est étendue du 1^{er} au 20 janvier 1840; à cette époque, retour de l'accès qui depuis lors jusqu'au moment de son admission à l'hôpital (quatorze jours d'invasion) s'est constamment reproduit sous le type quarte.

Le 4 février, le malade est soumis pour la première fois à notre examen: décoloration générale, habitus étiole, infiltration des jambes et des pieds, ascite commençante; la langue est nette et pâle; les fonctions digestives sont régulières; le ventre indolore à la pression, même dans l'hypochondre gauche où la rate présente à la main une masse dure et étendue d'environ 8 à 9 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes; le malade déclare n'avoir jamais éprouvé de douleur en cette région. L'auscultation fait constater l'intégrité des organes thoraciques. Le malade attend l'accès entre onze heures et midi, et nous annonce qu'il est de courte durée; le dernier accès, survenu vers midi, n'avait plus laissé de traces vers trois heures du soir. On prescrit 4 décigrammes de sulfate de quinine, et on accorde pour le soir une soupe.

Le 5, l'accès est venu la veille, mais avec une médiocre intensité. En raison du volume de la rate, on continue l'usage du sulfate à la dose de 4 décig. durant les jours apyrétiques.

Le 7, l'accès a manqué, après la dose habituelle du sulfate, prise le matin.

Le 8, le malade se plaint d'épigastrie; on maintient le régime (soupe et quart), mais on suspend le sulfate de quinine; le volume de la rate est moindre de

2 à 3 centimètres; l'ascite et l'œdème des extrémités inférieures persistent.

Le 10, l'ardeur que le malade accusait à l'épigastre ayant cessé, on reprend le fébrifuge d'abord à la dose de 5 décigrammes que l'on porte le lendemain à 4; on y joint l'usage des boissons nitrées et de la teinture de digitale et de scille en frictions sur le ventre et les extrémités; on prescrit un régime analeptique, et on lui accorde du vin blanc. Sous l'influence de ces moyens hygiéniques et médicamenteux, l'épanchement péritonéal est résorbé progressivement; dès le 16 février, on n'obtient plus sur aucun point de l'abdomen la sensation du flot, manifestée encore quelques jours auparavant. Le 20, l'œdème des pieds a cessé; le malade s'est visiblement fortifié, le teint est moins mat, les mouvements moins lents; il se lève, descend dans le promenoir d'hiver, remonte après deux heures de promenade, et le tout sans fatigue; l'appétit est prononcé, le sommeil excellent. La rate dépasse encore le rebord de l'hypochondre d'environ 5 centimètres.

Le 23, Bonhour est considéré comme entièrement rétabli; néanmoins la rate conserve les dimensions précitées, sans que cette augmentation de volume paraisse influer en rien sur aucune fonction; il a même repris une certaine prestance militaire et demande instamment sa sortie; nous l'avons ajournée, tant à cause de la persistance de l'infarctus splénique, que pour le soustraire aux influences irrégulières de la vie de garnison.

La rate n'a pas été ramenée chez ce malade à son volume normal; l'usage prolongé du sulfate de quinine n'a produit qu'une réduction de quelques centimètres, et cet effet, quoique limité, a suffi pour amener à sa suite la résorption de l'épanchement péritonéal. Sans doute un certain volume de la rate n'est pas incompatible avec l'exercice des fonctions et la conservation de la santé, sans que nous pensions avec M. Bailly (*Traité anatomico-physiol. des fièvres intermitt., etc.*, 1825, p. 421) que les obstructionnaires puissent rester des années entières parfaitement bien portants, avec des tumeurs spléniques occupant toute la partie antérieure du ventre; mais l'on conçoit qu'une simple diminution dans le volume de la rate a pu déterminer dans la circulation abdominale des changements tels que la résorption d'une ascite médiocre s'en est suivie.

Loin de nous de vouloir exprimer de deux observations isolées une règle constante de thérapeutique; mais il est des faits qui, quoique en petit nombre, possèdent une signification réelle; ceux que nous avons rapportés, méritent peut-être d'ouvrir une série de recherches cliniques; et c'est cette vérification, quel qu'en soit le résultat final, que nous appelons de nos vœux. Le raisonnement vient à l'aide des deux faits qui précèdent, et leur maintient leur valeur, en attendant qu'ils forment, par l'addition d'autres expériences cliniques, la base d'une généralité thérapeutique. La fièvre intermittente n'est pas, en effet, une maladie simple, une unité morbide; elle embrasse une série d'états pathologiques qui tous ne sont pas encore analysés; ce que l'on appelle communément les suites, les effets d'une maladie n'en sont que les transformations, les modes successifs; l'essence du mal est

restée la même; la figure organique a seule changé; cet engorgement splénique ou hépatique, cet ictere qui succède à quelques accès et les absorbe, cette ascite, cet empième latent, c'est encore la fièvre intermittente, ou plutôt c'est une maladie identique dont le mode initial n'a pas représenté une fièvre intermittente, et qui s'appelle maintenant ascite, ictere, etc. Il y a quelques jours, un malade nous arrive, affecté simultanément de fièvre quotidienne, d'engorgement splénique, d'ictere et de diarrhée; nous lui prescrivons pendant six jours 4 décigrammes de sulfate de quinine unis à 3 centigrammes d'opium en pilules, et diarrhée, ictere, engorgement de la rate, accès quotidiens, tout cesse en même temps; ce militaire, aujourd'hui convalescent, est encore couché au n^o 4 de la salle 7, au Val-de-Grâce. Est-ce à dire qu'il ait présenté quatre états morbides distincts? A nos yeux, ces quatre groupes de symptômes sont l'expression multiple d'une seule affection; de là l'immédiate efficacité du traitement employé. Si ce point de vue a quelque vérité, si la fièvre intermittente peut comprendre diverses séries d'altérations organiques et fonctionnelles, la médication qui lui est appliquée avec succès peut recevoir une judicieuse extension; des hydropisies guériront, dans certains cas, par l'action du sulfate de quinine, comme elles solliciteront ailleurs le déploiement de la méthode antiphlogistique, ailleurs encore les purgatifs ou les diurétiques.

Il est rare que des ascites soient soumiées, dès leur début, à l'observation clinique des hôpitaux; presque toujours les malades qui en sont atteints ont passé par d'autres soins, et s'ils sont militaires, ont séjourné dans des hospices de garnisons différentes. La chronicité de l'affection, l'inutilité des médications antérieures, le vague des réponses, parfois l'état général du malade ou des complications fâcheuses, sont, pour le dernier explorateur, autant de causes de découragement; mais en redoublant d'attention, en multipliant les interrogations, en fouillant dans tous les antécédents du sujet, on finit par surprendre dans le passé une veine d'inductions étiologiques: des douleurs ont sillonné autrefois la région splénique, des accès fébriles ont marqué le séjour de telles garnisons, des récidives sont survenues; le sulfate de quinine est donné et l'ascite disparaît. Ce résultat, on peut se le promettre, nous l'espérons nous-même encore, puisqu'il a déjà payé nos efforts.

(Gazette médicale de Paris, n^o 22.)

86. Thérapeutique de l'affection typhoïde; par M. ROSTAN.

Dans la généralité des cas que vous avez eu occasion d'observer à la clinique, l'affection typhoïde s'est présentée avec une physionomie très-reconnaissable. Aujourd'hui même, cette maladie est aisée à reconnaître chez les trois malades du service qui

en sont atteints, et qui sont couchés aux n^o 11, 12 et 15 de la salle Sainte-Jeanne.

Nous nous proposons de parler dans la séance d'aujourd'hui, des différents traitements de l'affection typhoïde; nous réservant de traiter une autre fois des différentes formes que l'affection elle-même peut présenter. Mais avant d'entrer en matière, nous devons faire successivement l'historique des trois malades de la salle Sainte-Jeanne, chez lesquels l'affection typhoïde se présente avec des degrés différents d'intensité, ainsi qu'avec des formes variées, et qui, par cela même, seront souvent cités par nous lorsque nous en serons à discuter les diverses questions thérapeutiques qui se rattachent à ce sujet.

Obs. I. — Le malade couché au n^o 11 de la salle Sainte-Jeanne, est doué d'une bonne organisation apparente; son teint est rosé, les chairs sont fermes et les contours arrondis. Depuis quelque temps il éprouvait du malaise et de la céphalalgie: ce symptôme a été prédominant chez lui; à cela s'ajoutait un certain degré de coloration de la peau, de la chaleur. Ce jeune homme est garçon marchand de vin, et ne travaillait plus depuis quelques jours.

A son entrée à la clinique, il était dans l'état suivant: langue rouge à la pointe et à sa base; nausées, douleur épigastrique, le ventre était un peu météorisé et l'on remarquait des horborigmes dans la fosse iliaque droite. Quelques selles liquides. La respiration s'exécutait librement. La circulation ne présentait que peu d'accélération; le pouls marquait 84 pulsations par minute. Mais, d'autre part, la céphalalgie était intense et continue; en même temps il existait des soubresauts de tendons et un état général de spasme, circonstances qui nous donnaient des craintes sérieuses pour une affection typhoïde céphalique. Les signes fournis par la percussion et l'auscultation, ainsi que l'exploration du ventre ne laissant, d'autre part, rien à craindre pour les formes abdominale et thoracique.

Le traitement employé a été simple: une émission sanguine légère au début; l'application de quelques sangsues à l'anus. Voilà les moyens actifs dont on a fait usage.

Depuis, il n'y a eu que peu ou point de changement. La langue reste blanche à la base et rouge à la pointe et aux bords; le ventre est même un peu plus météorisé que par le passé, et il y a plus de borborigmes aussi. Nous devons ajouter que l'aggravation de l'état du ventre s'est accompagnée de l'apparition de quelques taches lenticulaires rosées (petéchie). Mais une chose réellement remarquable, c'est que les phénomènes cérébraux ont diminué d'intensité; les soubresauts des tendons ont cessé, ainsi que l'état spasmodique général.

En résumé, voilà un exemple d'affection typhoïde légère. Nous pensons que la marche en sera régulière et que la résolution s'opérera. Toutefois il est impossible de rien affirmer à cet égard, car peu d'affections sont autant sujettes aux rérudescences que l'affection typhoïde.

Pour ce qui concerne la thérapeutique, nous devons dire qu'aujourd'hui nous nous bornons à l'expectation.

Obs. II. — Cas beaucoup plus grave que le précédent. Sujet âgé de vingt-deux ans, malade depuis

douze jours lors de son entrée : à la clinique depuis dix-huit jours. Sa maladie remonte par conséquent à trente jours. Ce malade, en arrivant dernièrement à Paris, venait d'un village des environs de la capitale où la maladie dont il est atteint régnait sur un grand nombre de personnes; sa sœur même en est morte : circonstance qui a dû réagir d'une manière fâcheuse sur son moral.

En entrant, les signes du typhus étaient très-prononcés; la stupeur était grande et le malade conservait l'indifférence la plus profonde à l'égard de tout ce qui se passait autour de lui. Les tempes étaient creuses; les pommettes et les arcades zygomatiques saillantes; la figure offrait une coloration rouge, approchant de la cyanose; la bouche était béante; les dents fuligineuses ainsi que la langue qui, de plus, était fendillée; la peau du ventre était parsemée de taches lenticulaires rosées; l'abdomen était ballonné; des borborygmes existaient dans la fosse iliaque droite; plusieurs selles liquides dans les vingt-quatre heures; inappétence complète; soif assez vive.

Depuis, le pouls a varié de 104 à 96 pulsations par minute : nous devons vous faire remarquer ici qu'il n'y avait pas d'engorgement pulmonaire : mais cinq ou six jours plus tard, de la matité s'est manifestée, ainsi que des râles, plus prononcés à droite qu'à gauche.

La percussion et l'auscultation ont montré d'abord qu'il n'y avait pas d'engorgement pulmonaire : mais cinq ou six jours plus tard, de la matité s'est manifestée, ainsi que des râles, plus prononcés à droite qu'à gauche.

La peau est sèche et aride. Il n'existait pas de délire bien marqué d'abord, ni de soubresauts de tendons, mais il en est survenu dans la suite.

Depuis l'entrée du malade, il ne s'est manifesté aucun changement appréciable, si l'on excepte, depuis cinq ou six jours, l'apparition d'un érysipèle occupant la joue gauche et s'étendant derrière l'oreille. Nous avons regardé une semblable complication comme de bon augure; tous les signes extérieurs, d'ailleurs, qui apparaissent dans de semblables conditions, sont considérés comme favorables par Hippocrate et un grand nombre d'auteurs recommandables : c'est ce qu'ils ont nommé les signes critiques.

Dans le cas qui nous occupe, le pronostic a toujours été grave : actuellement il est d'autant plus sérieux, que depuis deux jours des taches violettes se sont manifestées aux fosses iliaques; tout fait craindre, en un mot, que la maladie n'ait une issue funeste.

Obs. III.— Ce cas est aussi grave que le précédent. Ce malade est entré avant-hier; il est Suisse, il est âgé de vingt-six ans, blond : la stupeur était moindre hier qu'aujourd'hui.

Ce malade est difficile à interroger, et ses réponses sont excessivement lentes. Cela tient-il à sa qualité d'étranger, ou bien à sa maladie? Il est difficile de sortir de cette alternative dans laquelle le médecin se trouve très-souvent; et le doute persiste d'ordinaire. Personne n'expose autant aux doutes de cette espèce, que les maçons, dont le plus grand nombre de ceux qui entrent à la clinique atteints de fièvre

typhoïde, sont du département de la Creuse et habitent les approches de l'Hôtel-de-Ville. Il est bon que vous sachiez que tous font des réponses tardives; ce qui est, chez eux, un état physiologique qu'il ne faut pas confondre avec la stupeur du typhus.

Voici l'état de notre malade; décubitus dorsal; ventre ballonné; quelques taches lenticulaires rosées sur la peau du ventre; borborygmes dans la fosse iliaque gauche, qui en outre est douloureuse; langue sèche, rouge à sa pointe et à ses bords, blanche dans son limbe. Pas de nausées ni de vomissements; plusieurs selles liquides involontaires. 52 respirations par minute. Dès hier la percussion a fait constater l'existence d'une matité assez étendue à la région latérale droite du thorax, avec absence de bruit respiratoire et existence de quelques râles; le pouls donne 80 pulsations par minute.

Pour ce qui concerne le cerveau, nous dirons que le malade n'a point de délire, mais qu'il est dans un état continu de somnolence; c'est là un véritable délire taciturne, déjà signalé par les auteurs, qu'il ne faut pas confondre avec le simple silence : le malade n'a pas de soubresauts de tendons.

Le pronostic ne saurait être que fâcheux dans ce cas; car, non-seulement nous avons affaire à une affection typhoïde qui est toujours grave par elle-même, mais aussi parce que les phénomènes généraux sont très-graves. Ce qui ajoute surtout à la gravité du pronostic, c'est l'existence des déjections alvines involontaires, qui est on ne peut pas de plus mauvais augure.

Quelle sera la thérapeutique que nous adopterons en pareil cas? Nous ne nous éloignerons pas du traitement ordinaire : le malade a été saigné deux fois avant son arrivée dans le service, et nous ne reviendrons par conséquent pas aux antiphlogistiques; quant à présent, nous ne saurions faire que de l'expectation pour passer ensuite aux révulsifs cutanés, et enfin aux toniques.

J'aborde actuellement le sujet que je me propose de développer dans cette séance, et je vais vous faire connaître les résultats de mon expérience relativement aux différents modes de traitement qui ont été conseillés pour l'affection typhoïde. Nous étudierons successivement les résultats donnés par les antiphlogistiques, par l'expectation, par les révulsifs, par les évacuants et par les toniques.

Mais d'abord demandons-nous s'il existe pour l'affection typhoïde un traitement qui puisse être appelé spécial ou spécifique, ainsi qu'on l'entend pour la syphilis et la fièvre intermittente. Assurément, ce traitement n'existe point quant à présent; mais il est probable qu'on en découvrira un par la suite, aussi bien pour le typhus que pour chacune des grandes maladies spécifiques.

Ce manque d'un traitement spécial pour l'affection typhoïde, a été principalement senti par les praticiens qui, s'étant adonnés à la recherche des résultats que l'on pouvait obtenir par l'emploi exclusif des différentes méthodes de traitement qui ont été conseillées tour à tour, ont conclu que, quelle que soit celle de ces méthodes à laquelle l'on donne la préférence, on a toujours, sur un nombre donné de malades, tel chiffre de guérisons et tel autre chiffre de morts.

Ces praticiens, pour soutenir une semblable proposition, ont pris cent malades, qu'ils ont divisés en cinq séries de vingt, dont chacune a été consacrée exclusivement à telle ou telle autre méthode de traitement. Ces expériences ont donné comme résultat, que dans la série des malades traités par les antiphlogistiques la mortalité et les guérisons ont été dans les mêmes proportions que dans la série de ceux traités par les purgatifs, et que les résultats fournis par les autres séries se sont trouvés correspondre parfaitement à ceux obtenus dans les deux précédentes. La conclusion d'une semblable opération devait nécessairement être, et a été en effet, qu'il est indifférent dans le traitement de l'affection typhoïde d'employer telle ou telle autre méthode.

Je me hâte de vous dire que de semblables conclusions sont dangereuses, et que, pour moi, je reconnais que chaque forme de l'affection typhoïde réclame un traitement à part. Or, les séries ayant été prises au hasard, sans distinction aucune de la forme de la maladie, ceux parmi les malades qui, offrant telle forme, ont été traités par telle méthode qui s'appliquait à telle autre forme, je dis que ces malades ont dû succomber. Ainsi, il est évident que ceux qui offraient une forme inflammatoire ont été traités par les toniques, ont dû succomber, comme aussi ont dû succomber ceux qui, offrant la forme adynamique, ont reçu l'application de la méthode antiphlogistique.

Méthode par les antiphlogistiques ou émissions sanguines. Cette méthode a joui d'une grande faveur, et l'on a été jusqu'à la prôner à l'exclusion de toutes les autres. Des auteurs, en lui imprimant une forme particulière et en conseillant de l'employer d'après une certaine formule, ont avancé qu'elle était capable de juguler la maladie. Je puis vous assurer, Messieurs, d'après un nombre considérable de faits que j'ai de par moi, qu'il n'en est rien, et que l'emploi fréquemment répété des saignées est le moyen le plus assuré de précipiter les malades dans l'état adynamique.

Que si, dans des cas traités de la sorte, la guérison s'en est suivie, vous pouvez attester à coup sûr qu'il ne s'agissait point d'une fièvre typhoïde, et que l'on n'avait à combattre qu'une affection à fond inflammatoire légitime. Je sais que raisonner de la sorte, c'est faire une pétition de principe, mais ma conviction est tellement profonde à cet égard, que je suis forcé d'admettre un tel principe.

Toutes les fois que pour une affection il y a dans sa production concours d'une cause spécifique, la saignée est insuffisante pour en arrêter le cours; mais je conçois qu'il en puisse être autrement dans celles qui réunissent des conditions opposées. C'est en raisonnant de la sorte, que je puis comprendre comment ceux qui n'admettent point de spécificité dans le typhus, et qui ne le considèrent que comme un degré très-prononcé de l'inflammation gastro-intestinale, je puis comprendre, dis-je, comment ces auteurs ont pu guérir par les évacuations sanguines des affections typhoïdes légères; car, assurément, il ne s'agissait dans ces cas que de simples gastro-entérites ou inflammations légitimes gastro-intestinales, susceptibles de céder à l'emploi des émissions sanguines, ou, pour mieux dire, à la mé-

thode jugulante. Mais il importe de ne point confondre ces cas avec de véritables affections typhoïdes, ce dont vous devez être avertis; la différence est grande, en effet, puisqu'on n'a guéri que des affections inflammatoires simples, au lieu du véritable typhus.

En résumé, je pense que les émissions sanguines ne doivent être employées qu'avec une réserve extrême dans le traitement de la fièvre typhoïde. Je pense à cet égard, avec MM. Chomel et Louis, que lorsque le typhus se présente sous forme inflammatoire, il faut user des antiphlogistiques, mais avec mesure, et je crois qu'il faut se borner à une ou deux petites saignées.

Expectation, ou méthode expectante. — M. Rostan rappelle à son auditoire que lorsque l'Académie de médecine se fut saisie de la question qui nous occupe en ce moment, et eut chargé plusieurs médecins des hôpitaux de se livrer à certaines épreuves thérapeutiques, lorsque chacun vint exposer au sein de cette assemblée le résultat de ses observations, il se trouva parmi les expérimentateurs des praticiens qui, ayant traité leurs malades par l'expectation, ou pour mieux dire, ne les ayant soumis à aucune sorte de traitement actif, avaient néanmoins obtenu les mêmes résultats, et partant le même nombre de guérisons que ceux qui avaient employé une thérapeutique active. Ainsi, au sein des dissidences de ce corps médical, occasionnées par la préférence que quelques-uns de ses membres accordaient à la saignée, et d'autres aux purgatifs, on vit surgir une nouvelle méthode de traitement aussi favorable dans ses résultats que les deux méthodes actives qui préoccupaient principalement les esprits.

M. Rostan reconnaît avec réserve l'efficacité de la méthode expectante. Je suis loin de contester, dit-il, les succès proclamés par certains praticiens : je me plais à les reconnaître véridiques; mais aussi, je pense qu'ils représentent des guérisons obtenues dans des cas d'affection typhoïde légère. L'expectation restera assurément dans la thérapeutique de l'affection qui nous occupe; mais elle restera comme méthode exceptionnelle, applicable aux cas de peu d'intensité. Il serait dangereux d'adopter cette méthode de traitement si la fièvre typhoïde présentant une forme franchement inflammatoire, sévissait chez un sujet fort. La saignée, chez eux, est aussi hautement indiquée que les topiques pour ceux qui présentent la forme adynamique; et, dans un cas comme dans l'autre se condamner à l'inaction et faire de la médecine expectante serait une chose excessivement dangereuse pour les malades.

Enfin, presque chaque cas de fièvre typhoïde arrivée à une certaine période repousse l'emploi de toute sorte de médication active, et l'expectation devient alors nécessaire. C'est au moment où chaque forme de l'affection typhoïde ayant reçu l'application des agents thérapeutiques qu'elle réclame, il convient enfin d'en suspendre l'emploi. Bien entendu que ce ne sont pas les cas de cette nature qu'il faut invoquer pour proclamer les merveilles de la méthode expectante, car elle n'est arrivée qu'en second ou en troisième lieu.

Méthode révulsive : révulsifs cutanés. — Quand

les émissions sanguines ne sauraient plus être employées sans crainte de voir les malades tomber dans la prostration adynamique, les révulsifs cutanés deviennent alors d'un grand secours et agissent d'une manière très-favorable.

M. Louis les blâme même jusqu'à les proscrire. Ce praticien leur adresse le reproche d'augmenter la fièvre et l'irritation; ensuite, dit-il, souvent ils produisent localement la gangrène; il y a sphacèle du point sur lequel on les applique, et le concours de ces circonstances tue les malades. Nous pouvons vous certifier que ces craintes sont mal fondées, et pour vous convaincre, nous en appellerons au n° 12 de la salle Sainte-Jeanne, qui jusqu'à présent a eu cinq vésicatoires, et chez lequel nous avons vu du jour au lendemain le pouls descendre de 105 à 96 lorsqu'on a appliqué le dernier. Chez tous les autres malades qui ont eu des vésicatoires, l'état du pouls a été également étudié avec soin, et dans presque tous les cas on a constaté un ralentissement plus ou moins sensible du cours du sang; dans ceux où la sédation de la circulation n'a pas eu lieu, des circonstances particulières ont rendu constamment compte de ce fait.

Pour ce qui concerne la gangrène, nous sommes loin de partager à son égard les craintes de M. Louis, lorsqu'elle vient à se manifester. Loin d'être un inconvénient, elle doit être considérée comme une crise favorable; la révulsion énergique qui en résulte occasionne à la vérité une douleur intense, et la convalescence est alors de longue durée, mais aussi on doit la regarder comme étant plus assurée; ce qui ne peut aucunement être mis en ligne de compte avec la douleur qu'occasionne l'emploi de cet agent thérapeutique, et la crainte de voir la maladie se terminer d'une manière funeste.

Vous voyez, Messieurs, que j'émetts aujourd'hui les mêmes principes que je vous ai exposés en parlant du traitement de la pneumonie; mais j'ai cru devoir y revenir aujourd'hui pour vous démontrer que l'efficacité des mêmes moyens se rencontre également dans une affection qui, loin d'être le résultat d'une simple inflammation, réclame le concours d'une cause spécifique pour se déclarer; il était donc nécessaire d'y revenir.

Je pense donc qu'à une certaine période du typhus, lorsque les émissions sanguines ne peuvent plus être employées sans inconvénient, et que d'autre part la nécessité d'agir ne permet pas au praticien de se renfermer dans le système de l'expectation, je pense, dis-je, que les révulsifs cutanés deviennent alors d'un grand secours. Il est vrai qu'ils réussissent moins souvent que les émissions sanguines; mais il faut songer aussi que leur emploi arrivant après celles-ci, c'est-à-dire lorsque les seules saignées n'ont pas amené assez d'amélioration pour que la maladie puisse être abandonnée sans crainte à son cours, que les conditions au milieu desquelles on les applique sont plus défavorables.

Méthode purgative. — Existe-t-il des indications d'après lesquelles il faut se décider à employer cette méthode; ou bien les purgatifs doivent-ils être employés dans tous les cas indistinctement?

Voyant le peu de succès qu'on obtenait dans le traitement de la fièvre typhoïde par les méthodes

jusqu'alors employées, M. Larroque eut la pensée d'employer les purgatifs dans tous les cas. Considérant l'affection qui nous occupe non comme une simple inflammation, mais comme le résultat d'une intoxication générale, cet auteur songea qu'il fallait détruire, attaquer la cause à part, cette cause essentielle, particulière qui y avait donné lieu. C'est par suite de ce raisonnement que M. Larroque est arrivé à administrer les purgatifs dans tous les cas; méthode de traitement au moyen de laquelle il est réellement parvenu à obtenir un grand nombre de succès.

Depuis, M. Larroque a eu des imitateurs qui ont essayé sa méthode, et qui ont obtenu des résultats divers. J'ai dû aussi essayer la méthode purgative afin de pouvoir la juger d'après ma propre expérience; et pour que l'épreuve n'impliquât pas le moindre doute, nous avons employé les purgatifs dans des cas d'affection typhoïde bien caractérisés. Tous les malades qui y ont été soumis avaient présenté des pétéchiés, plusieurs même avaient des eschares au sacrum. Cela doit déjà vous faire sentir que les purgatifs ont été employés par nous dans des conditions on ne peut plus défavorables. Eh bien! malgré ces circonstances fâcheuses, les treize premiers malades qui nous y ont été soumis sont tous guéris, quel que fût d'ailleurs le degré de gravité que l'affection présentait. Mais nous n'avons pas toujours été aussi heureux, et dans l'emploi ultérieur de la méthode de M. Larroque, nous avons même perdu un plus grand nombre de malades que par les autres méthodes.

Je pense donc qu'il faut attendre encore avant de porter un jugement définitif sur la méthode purgative. Au demeurant, je crois qu'il faut administrer les purgatifs sans se conformer à la méthode de M. Larroque. Tous les praticiens, en outre, ne sont point encore d'accord sur l'époque de la maladie à laquelle il convient de les administrer. M. Guersant les emploie à la dernière période, d'autres les administrent au début; en un mot, rien n'est encore fixé à cet égard, l'expérience n'ayant point encore suffisamment sanctionné la pratique, soit de M. Guersant, soit des autres praticiens qui agissent autrement que ce médecin habile. Sans rien adopter d'invariable à cet égard, nous avons recours actuellement à la méthode de M. Larroque, lorsque l'indication de purger se présente; quelle que soit d'ailleurs la période à laquelle la maladie soit arrivée.

Méthode par les toniques. — Les toniques ont été en butte aux reproches les plus acharnés. En effet, ils n'ont pas donné de grands résultats; et cela se conçoit, puisqu'étant employés dans les cas désespérés, on n'y a pour ainsi dire recours que pour acquit de conscience: c'est l'extrême-onction thérapeutique, au moyen de laquelle on espère encore relever les malades de l'état adynamique profond dans lequel ils sont tombés.

Employés dans des conditions aussi défavorables, les toniques réussissent néanmoins dans quelques cas.

On s'est récrié contre les praticiens qui emploient les toniques; on les a appelés incendiaires, et on les a accusés de porter les ravages dans le tube intestinal. Je n'ai pas besoin de vous dire tout ce que

ces ravages ont d'exagéré. A l'époque désastreuse de la retraite de nos armées, l'hospice de la Salpêtrière fut temporairement affecté au service militaire. Pinel et Landré-Beauvais étaient à la tête du service que je dirigeais pour eux à cette époque. Dans l'espace de six mois, le typhus nous envoya dans les salles 18,000 malades, et sur ce nombre nous n'en perdîmes que 1100. Tous ces malades étaient forts au physique comme au moral, puisque le plus grand nombre faisaient partie de la vieille-garde, tous hommes choisis et depuis plusieurs années habitués aux victoires. Mais ces hommes avaient subi des privations et des échecs; ils étaient maintenant battus par les mêmes hommes qu'ils avaient vus toujours fuir devant eux, et leur moral était profondément frappé. Fallait-il songer à traiter par les saignées des malades qui étaient placés dans de telles conditions? Nous pensâmes qu'une conduite tout à fait opposée était mieux indiquée, et la totalité de nos malades fut soumise à l'usage intérieur du vin, du musc, du camphre, etc. Vous avez vu plus haut qu'en égard au nombre total des malades et à la nature de la maladie, la mortalité n'a pas été bien grande.

Vous m'objecterez peut-être qu'il s'agissait du typhus nosocomial et non de l'affection typhoïde, et que ce qui s'applique au premier ne peut servir de règle pour la seconde. Ne vous abusez pas sur ce point; du plus au moins c'est toujours la même maladie: le fond est le même, il n'y a que l'intensité qui est différente.

Contrairement, donc, à l'opinion d'un grand nombre de médecins et du grand Sydenham lui-même, qui disait qu'il faudrait pendre les praticiens qui donnent des toniques à leurs malades dans les fièvres putrides, nous avons ramené de bien loin, par leur emploi, un grand nombre de malades; et nous devons vous engager à ne pas les rejeter entièrement.

(Gazette des Hôpitaux, n°s 65 et 70.)

87. *Considérations thérapeutiques sur le délire nerveux et sur son traitement par les opiacés;* par M. PADIOLEAU, D. M. à Nantes.

« Nous n'avons pas d'idée, dit M. Lelut, de ce qui constitue matériellement cet état du cerveau qui fait délirer et qui tue sans laisser de traces après la mort; et même quand nous demandons ce qu'il est, ce qu'il pourrait être, nous ne savons trop ce que nous demandons. »

Nous ignorons, en effet, quelle est la condition cérébrale réelle et spéciale qui fait délirer dans un grand nombre de cas; car le délire n'est pas constamment le résultat de l'inflammation du cerveau ou de ses membranes, de même que l'inflammation de ces parties organiques ne détermine pas nécessairement le délire.

Cependant, s'il ne prouve pas toujours l'existence d'une arachnitis, il est pourtant vrai de dire que

c'est un symptôme très-commun et presque constant des arachnoïdites de la convexité des hémisphères du cerveau, (à moins que la phlegmasie ne soit limitée à la convexité d'un seul hémisphère), et qu'il ne manque jamais dans les arachnoïdites des lobes antérieurs et dans celles des ventricules.

Mais un des points les plus difficiles est de distinguer pendant la vie le délire idiopathique de celui qui n'est que sympathique. Et pourtant cette distinction est fort importante pour la thérapeutique, puisque c'est dans l'étude de chacune des maladies dont le délire est le phénomène sympathique ou symptomatique, que l'on doit puiser les principes du traitement qu'il convient de mettre en usage pour le combattre; le délire purement nerveux ne devant pas être, en effet, traité comme une méningite où il se forme des exsudations purulentes.

Mais, il faut bien en convenir, on n'a pu jusqu'à présent, dans un assez grand nombre de cas, découvrir la loi des rapports qui existent entre les affections secondaires et les affections idiopathiques, et le diagnostic est quelquefois tellement difficile, que les hommes les plus habiles peuvent se tromper ou, tout au moins, rester dans un doute complet.

Avant que l'anatomie pathologique nous eût démontré que, si le théâtre de la maladie était dans un organe, sa cause néanmoins pouvait être dans un autre, on prenait souvent pour idiopathique ce qui n'était réellement que sympathique. Ainsi comme on plaçait le siège de la maladie dans l'organe le plus souffrant, la cause du délire était toujours présumée dans le cerveau.

Si à la nécropsie on rencontrait une lésion dans ce viscère ou dans ses enveloppes, le diagnostic était suffisamment justifié; si, au contraire, aucune altération ne se présentait dans cet appareil, on concluait que le phénomène était sans cause organique. Aussi le délire nerveux fut-il longtemps confondu avec la frénésie, les fièvres nerveuses, la manie aiguë... jusqu'à ce que Saunders inférât de la spécificité de l'opium dans le traitement de cette affection, sa différence de nature.

Mais aujourd'hui nous savons, grâce à l'anatomie pathologique, que le délire peut être le résultat d'une inflammation aiguë ou chronique des pommons, ou d'un des points du tube digestif; car des désorganisations du ventre nous ont été révélées seulement à l'autopsie à la suite de convulsions et de délire, l'encéphale et ses dépendances étant parfaitement intacts. Sans doute il semble répugner à la raison d'admettre que, même dans les cas de cette nature, le délire n'a aucune connexion nécessaire avec une modification matérielle de la substance cérébrale. Aussi Georget, en le rapprochant de la manie aiguë, rapporte-t-il le délire nerveux à une irritation inflammatoire de l'encéphale: opinion partagée par les docteurs Esquirol et Fodéré.

Mais est-il donc impossible de concevoir qu'une douleur locale puisse susciter une fièvre nerveuse générale avec retentissement sur l'encéphale, sans que pour cela l'organe cérébral soit plus enflammé que le cœur, qui éprouve une palpitation devant une impression profonde; que l'œil qui, par un excès de lumière, tombe dans la stupeur ou l'éblouissement.