

à l'œil, alors on peut, je pense, s'attacher avec quelque assurance aux résultats que donne son étude, et l'on doit partir de l'altération anatomique pour expliquer les symptômes, plutôt que de chercher dans ces derniers la clef des lésions qui paraissent les avoir produits.

(La suite au prochain volume.)

Considérations sur la fièvre typhoïde et principalement sur la détermination de ses caractères anatomiques essentiels; par M. VALLEIX, médecin du bureau central des hôpitaux.

(2^e article.— Voir tome II, 3^e série, p. 32.)

Nous avons, dans le précédent article, passé en revue les faits de quelque valeur présentés comme prouvant que l'affection typhoïde peut exister sans lésions spéciales de l'intestin, et nous avons montré que deux d'entr'eux seulement pouvaient soutenir l'examen. Puis, nous avons exposé les raisons qui portent à croire que dans ces deux cas le diagnostic avait été erroné. Nous avons maintenant à suivre sur un autre terrain les médecins qui regardent comme non constante et non caractéristique l'altération des follicules de Peyer dans l'affection qui nous occupe. Il n'en est pas un seul qui, après avoir cherché à faire valoir les faits que nous avons déjà cités, n'ait terminé par invoquer ce qui se passe en Angleterre, et n'ait appelé en témoignage les auteurs qui ont observé la fièvre continue, ou le *typhus fever*. Il s'agit donc d'examiner les principaux travaux publiés sur ce sujet.

Nous trouvons dans le *journal hebdomadaire de médecine* (1) des documents, fournis par le professeur Alison, sur la fièvre épidémique d'Angleterre. Pour quiconque lit cet article sans idée préconçue, il est évident que la confusion la plus grande régnait dans l'esprit du professeur d'Edimbourg lorsqu'il a décrit cette fièvre épidémique. On ne trouve dans ce qu'il en dit ni ordre, ni méthode, ni description exacte, en sorte que son travail perd presque toute sa valeur et nous réduit, pour ainsi dire, à de simples conjectures. On voit d'abord (p. 607) que l'auteur a rencontré des cas dans lesquels la fièvre était compliquée de quelque affection dangereuse du thorax ou de l'abdomen. Il était, ce nous semble, important de s'appesantir sur la description de ces complications; de prouver qu'elles étaient réellement des complications; qu'elles n'étaient pas au contraire des inflammations primitives qui avaient produit les symptômes fébriles, au lieu de se trouver sous leur dépendance. M. Alison se borne à signaler quelques altérations du poumon; des ulcérations de l'intestin dans quelques cas; d'autres lésions chez d'autres sujets, sans indiquer avec précision l'époque de l'apparition des symptômes correspondants à cette lésion, leur nature, leur intensité, et sans

(1) 1828, tome I, p. 605 et suiv.

comparer, sous le rapport de la marche et de la forme de la maladie, les cas dans lesquels les ulcérations existaient avec ceux où il n'y en avait pas. Quelles conclusions tirer de faits exposés ainsi?

Qu'est-ce d'ailleurs que la description suivante? « La mort survient dans des circonstances très-différentes à la suite de la fièvre. Quelques malades meurent dans un état de coma, un petit nombre peu de temps après le début de la maladie, en conservant presque jusqu'à la fin un pouls ferme, et après que tout espoir de guérison est évanoui; d'autres meurent comme dans un état apoplectique. Plusieurs succombent évidemment asphyxiés; la respiration est la première fonction atteinte; et le pouls ne s'affaïsse qu'après que la dyspnée très-forte et la lividité générale démontrent que le sang n'est plus assez artérialisé pour entretenir la vie. J'ai vu quelques malades chez lesquels la mort commençait aussi clairement par les poumons que dans la pneumonie ou l'hydro-thorax; d'autres, sans perte de la sensibilité et sans aucune affection matérielle de la respiration, s'affaiblissaient rapidement aussitôt après l'apparition des symptômes, ou bien ils étaient épuisés un peu plus lentement par le travail morbide, et chez eux la mort paraissait survenir plutôt par simple asthénie que par l'effet du coma ou de l'asphyxie. Dans ces cas, tantôt on n'observa aucune lésion locale de quelque importance; tantôt la mort parut due à la complication de la fièvre avec une lésion de l'abdomen, manifestée par les vomissements, la douleur, la sensibilité, la diarrhée ou le méléna. »

Le lecteur se demandera sans doute comment on a pu voir dans cet amas de symptômes incohérents, nous ne disons pas une preuve, mais quelques probabilités de l'existence d'une fièvre typhoïde en pareil cas. Comment surtout a-t-on pu admettre cette existence lorsque les travaux les plus importants sur l'affection typhoïde avaient déjà été publiés? Quant à nous, nous ne craignons pas d'être contredits en avançant qu'on peut mourir dans un état apoplectique ou d'asphyxie évidente, sans que pour cela on doive être regardé comme atteint de fièvre typhoïde. Rien ne prouve mieux combien le défaut de critique est funeste dans les sciences, que la rapidité avec laquelle ces opinions du professeur Alison se sont répandues dans le public médical, et que le crédit qu'elles ont trouvé partout. Chacun a cité ces faits sans les examiner et sans se demander si l'existence de la fièvre typhoïde s'y trouvait mise hors de doute. Or, comme on vient de le voir, une simple lecture suffit pour prouver le contraire.

Il est donc entièrement inutile d'insister sur l'examen du mémoire de M. Alison qui pêche par la base. Que nous importe que ce professeur n'ait pas trouvé de lésions intestinales dans des cas qui appartenaient probablement à toute autre affection qu'à celle dont nous nous occupons?

M. Dalmas a aussi rapporté les faits dont il prit connaissance dans son voyage en Angleterre pendant l'année 1827. Ayant visité Londres, Edimbourg et Dublin, il recueillit les opinions des médecins les plus recommandables; mais, dit-il, ces opinions sont bien loin d'être identiques: dans chacune des

trois capitales elles présentent des différences que M. Dalmas regarde comme tenant aux différences mêmes de la maladie et qu'il expose de la manière suivante (1):

« A Londres, où le dénuement est moins grand, la forme épidémique est moins marquée; le caractère contagieux n'est pas, il s'en faut de beaucoup, universellement reconnu; les symptômes ressemblent assez à ceux de la fièvre adynamique de Paris; et, relativement aux lésions, on s'accorde à en placer le principal siège dans l'abdomen; les follicules de la membrane muqueuse sont même signalés comme étant le plus souvent affectés; ces lésions ont été décrites par MM. les docteurs Hewett et Chambers, médecins de l'hôpital Saint-Georges, ainsi que par M. le docteur Bright, médecin de l'hôpital de Guy; je me contenterai de citer les paroles du dernier, qui est l'auteur le plus récent: « Mais cette injection se lie le plus souvent à l'inflammation des glandes muqueuses (follicules). Elles paraissent sous la forme de boutons varioliques arrivés au second et au troisième jour. Elles sont élevées, transparentes, couvertes de petits vaisseaux; quelquefois elles semblent dans un véritable état de suppuration, distendues par une matière caséuse, puis elles se rompent par l'effet de cette distension, ou bien elles s'ulcèrent par l'extérieur. » Il en résulte, ainsi que d'autres renseignements qui m'ont été fournis, qu'à Londres, ce que les Anglais appellent la fièvre ressemble assez à la nôtre, et qu'on trouve presque aussi souvent les intestins malades. »

En Irlande, contrée bien autrement malheureuse, sur toute la surface de laquelle végète une population en proie au dénuement le plus absolu, la fièvre, car c'est toujours le nom qu'on emploie, se montre avec d'autres caractères. Existait constamment çà et là sur des points isolés, elle sévit par moments avec plus d'intensité, devient épidémique, et dans l'acuité de ses symptômes va quelquefois jusqu'à prendre l'apparence de ceux de la fièvre jaune. On me parla de plusieurs cas de ce genre lorsque j'arrivai à Dublin, mais je ne pus les voir, il était trop tard de quelques jours; l'épidémie décroissait rapidement, et déjà l'on évacuait les salles surnuméraires qu'il avait fallu élever dans les cours. Je vis cependant quelques autopsies, en trop petit nombre à la vérité pour en tirer des conclusions, mais je m'informai auprès des personnes les plus capables de savoir à quoi s'en tenir, je consultai la plupart des médecins qui sont à la tête des nombreux hôpitaux de cette grande ville, et leur opinion est à peu près uniforme en ceci, que la maladie consiste en un trouble fébrile accompagné de symptômes céphaliques chez l'un, thoraciques chez l'autre, abdominaux chez un troisième, avec cette circonstance que les symptômes abdominaux se montrent plus souvent que les autres; aussi l'ulcération des plaques de Peyer est-elle parfaitement connue à Dublin. Voici ce qu'en disent MM. les docteurs Graves et Stokes dans un compte-rendu des principaux faits observés à l'hôpital de Meath pendant l'année 1827; ils parlent de l'inflammation des glandes

de Peyer: « Telle est, dans l'excellent ouvrage du docteur Billard, la description de cette altération. Nous pouvons répondre de son exactitude, ayant eu occasion de l'observer nombre de fois pendant la fièvre épidémique qui règne à présent. »

« Mais c'est à Edimbourg que la dissidence est la plus forte: là le caractère contagieux est admis presque sans restriction; les symptômes abdominaux ne sont ni les plus communs ni les plus dangereux, et MM. les professeurs Duncan et Alison, ainsi que la plupart de leurs élèves, parmi lesquels je dois particulièrement citer mon jeune et savant ami, le docteur Henri de Manchester, m'ont affirmé que souvent les glandes de Peyer étaient aussi peu saillantes que dans l'état naturel. M. Alison a imprimé depuis, et avec plus de détails, ce qu'il me disait en 1827. »

Que conclure de faits semblables? M. Dalmas n'a pas pu voir suffisamment les malades pour être sûr que le diagnostic a été bien porté; qu'il n'y a eu aucun symptôme étranger à la fièvre typhoïde; que les symptômes importants ont réellement existé; que la marche de la maladie surtout n'a différé en rien de celle qu'on observe dans l'affection typhoïde. A Londres et à Edimbourg, il n'obtient que des renseignements; à Dublin, il ne voit que des autopsies; est-ce assez pour tirer une conclusion rigoureuse? Si M. Dalmas avait pu suivre quelques malades, s'il avait recueilli les observations, et s'il les avait complétées par l'ouverture des corps, il faudrait se rendre: car sans doute un observateur aussi éclairé n'eût pas manqué de noter tous les traits de ressemblance entre eux des divers cas de *typhus fever* avec ou sans lésion intestinale. Mais nous avons déjà vu, par la manière dont le professeur Alison a traité la question, qu'il ne faut pas s'en fier trop légèrement à de simples renseignements. Nous verrons d'ailleurs, plus loin, que l'observation plus attentive des faits a modifié, à cet égard, les opinions des praticiens les plus distingués de l'Angleterre.

Jusqu'à présent, nous ne trouvons aucun motif de regarder comme des cas d'affection typhoïde ceux que les observateurs anglais ont cités comme des exemples de *typhus fever* sans lésion intestinale. Un médecin de Genève, M. Lombard, dans un voyage qu'il fit aussi en Angleterre, crut avoir vu la preuve irréfragable de ce qu'avait déjà signalé M. Dalmas. Une lettre adressée au docteur Graves (1), et traduite dans ce recueil même (2), nous fait connaître les faits qui l'ont le plus frappé.

M. Lombard après avoir déclaré que depuis dix ans qu'il étudiait la fièvre typhoïde avec le plus grand soin, et pendant lesquels il en avait vu grand nombre de cas se terminer par la mort, il n'en avait pas rencontré un seul où le canal intestinal ne présentât pas la lésion spéciale, dit qu'il fut tellement frappé de la ressemblance qui existait entre les fièvres d'Angleterre et la fièvre typhoïde, qu'il s'attendait nécessairement à trouver la même lésion dans l'intestin d'un cadavre qu'il eut occasion d'ouvrir.

(1) The Dublin journal, n° 28.

(2) Archiv. gén. de médecine; deuxième série, tome 12; 1836, page 83 et suivantes.

(1) Journ. hebdom., 1838, tome I, page 601 et suivantes.

« Son étonnement, dit-il, fut extrême de ne pouvoir découvrir la plus légère trace de cette altération morbide dans aucune partie des voies digestives, qui étaient parfaitement intactes, à l'exception d'un peu de rougeur et de ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, état qui pouvait être un résultat d'inflammation, mais qui reconnaissait beaucoup plus vraisemblablement pour cause une congestion vasculaire, qui s'était produite pendant la dernière période de la maladie ou même pendant l'agonie. »

M. Lombard ne céda pas encore; les nombreux faits qu'il avait vus à Genève lui revinrent malgré lui à l'esprit, et il ne put faire autrement que de regarder le cas observé en Angleterre comme tout à fait exceptionnel. Mais à son arrivée à Dublin, il rencontra si fréquemment des cas semblables qu'il ne put s'empêcher de se rendre à l'opinion des médecins de Glasgow et de Dublin, qui l'assurèrent que les altérations morbides qu'il comptait trouver à l'autopsie ne se présentent que dans un tiers des cadavres qu'on examine.

On s'attend, après ce préambule, à trouver dans les faits que va rapporter M. Lombard une ressemblance parfaite avec les cas de fièvre typhoïde qu'il avait observés jusqu'alors. Or, voici le résumé des détails contenus dans sa lettre. « Les traits extérieurs de la maladie sont, dit-il, les mêmes. On retrouve la douleur de tête, la douleur lombaire, la prostration des forces, la peau chaude et brûlante, la même dépression des traits du visage, la langue chargée, desséchée et comme brûlée, et dans les dernières périodes de la maladie, la même tendance à la formation des ulcères aux parties sur lesquelles porte le poids du corps, ainsi qu'aux selles involontaires. » On ne peut nier, sans doute, qu'un grand nombre de ces symptômes ne se rencontrent dans l'affection typhoïde; mais suffisent-ils pour la caractériser? La douleur de tête, même au début, circonstance que M. Lombard aurait dû noter, se rencontre également dans les autres affections qui présentent un appareil fébrile intense. Mais ce qui est moins commun, ce sont les bourdonnements d'oreilles, la surdité, l'affaiblissement de la vue, les éblouissements, que M. Lombard ne mentionne pas. Quant à la douleur lombaire, les cas dans lesquels elle se montre d'une manière remarquable, chez les sujets affectés de fièvre typhoïde, ne sont pas à beaucoup près les plus fréquents. La prostration des forces est certainement digne de remarque; mais ce qui ne l'aurait pas moins été, c'eût été de rechercher s'il y avait plus ou moins fréquemment des soubresauts des tendons, des contractures musculaires; tous signes qui annoncent une grande perturbation du système nerveux. Remarquons, enfin, que M. Lombard n'a garde d'oublier la langue desséchée et comme brûlée, phénomène morbide qui préoccupe à un point extrême tous ceux qui n'ont pas étudié la valeur des symptômes à l'aide de l'analyse rigoureuse.

Mais ce qui est le plus à regretter dans le lacanisme de cette description, c'est l'absence de tout renseignement sur la marche de la maladie. On sait pourtant que l'étude de cette marche est incomparablement plus importante dans l'affection typhoïde

que dans toute autre. On peut même dire qu'elle est plus utile à bien connaître que les symptômes eux-mêmes; car, dans les cas douteux, c'est surtout elle qui sert à établir le diagnostic. Il y avait douleur de tête, mais à quelle époque? La prostration des forces était-elle notable dès le début et hors de toute proportion avec la gravité des symptômes? Questions du plus haut intérêt, auxquelles nous désirerions trouver une réponse dans la lettre de M. Lombard.

En joignant aux signes que nous venons d'exposer les complications du côté du poumon et de l'encéphale, on a, suivant M. Lombard, les signes communs aux deux maladies. Laissons-le nous faire connaître lui-même les différences. « Après avoir, ajoute-t-il, établi les signes communs, qu'il me soit permis de signaler les principales différences. D'abord, l'éruption papuleuse, ou semblable à celle de la rougeole, qui est constante dans la fièvre typhoïde du continent, mais qui n'acquiert jamais une grande étendue ni une grande importance, est, en Angleterre, beaucoup plus remarquable, tant sous le rapport de l'apparence que sous celui de la quantité; car j'ai vu des cas où cette éruption était aussi étendue que celle qui caractérise les maladies exanthématiques, et rappelait les pustules papuleuses qui couvrent la peau au début de l'éruption d'une petite-vérole confluente. Dans les cas graves, cette éruption est mêlée avec de véritables pétéchies, et dans les cas les plus dangereux avec des papules livides ou *vibices*, symptôme qui est excessivement rare sur le continent. »

Cette première différence, qui n'a pas dû paraître d'une importance majeure à M. Lombard, puisqu'il ne s'agit que de la plus ou moins grande intensité d'un symptôme, doit être néanmoins soigneusement notée par nous; car, ainsi que nous le verrons plus tard, elle nous servira, quand nous aurons passé en revue les faits observés en Amérique, à décider si dans ce que les Anglais appellent *typhus fever* ou *continued fever*, il n'y a pas deux maladies bien distinctes qui ont été confondues par M. Lombard et M. Dalmas, ainsi que par les médecins de la Grande-Bretagne.

Sous le rapport de l'âge, M. Lombard a trouvé encore une différence notable; c'est que des vieillards de soixante, de soixante-dix et même de quatre-vingt-dix ans, sont atteints de la maladie qu'il a précédemment décrite. Or, sur le continent, on n'a pas vu de cas de fièvre typhoïde bien avéré après l'âge de cinquante-deux ans.

M. Lombard remarque ensuite que la diarrhée, dans la fièvre en question, est beaucoup moins fréquente en Angleterre qu'à Genève et à Paris. Il note enfin le caractère *puissamment* contagieux de la *fièvre typhoïde* en Angleterre.

On a lieu d'être surpris que M. Lombard n'ait pas joint à toutes ces différences l'absence de la somnolence, du délire, des épistaxis, des sudamina, s'il n'a observé aucun de ces symptômes; et s'il les a observés, on se demande comment, même dans une lettre, il a pu les passer sous silence.

Maintenant quelle conclusion tire-t-il des faits qu'il vient de rapporter? Se demande-t-il si des malades qui présentent dans les symptômes des différences notables, et des différences plus notables

encore dans les lésions anatomiques, ne seraient pas atteints de deux affections distinctes? Non; il en conclut que la cause ou le point de départ des symptômes « n'est point dans un état morbide de la membrane muqueuse ou des glandes de Peyer; que la fièvre typhoïde est bien plutôt une maladie générale affectant toute l'économie, qu'une maladie dépendant d'une inflammation locale ou d'une altération quelconque de tissu ».

Quand même nous n'aurions pas des faits pour démontrer que ces conclusions ne sont pas rigoureuses, on ne pourrait certainement regarder les détails fournis par M. Lombard comme satisfaisants. On voit trop que ce n'est pas dans l'observation attentive qu'il a puisé sa conviction, et qu'il a accordé beaucoup trop de confiance aux renseignements qu'on lui a donnés.

Mais c'est trop longtemps nous arrêter à des opinions qui ne sont fondées que sur l'observation vague, superficielle, et sur des renseignements incertains. Il est temps de passer à l'étude de documents plus positifs, et, on peut le dire, plus scientifiques. Malheureusement, les auteurs anglais ne nous fournissent rien de précis sur cette importante question, et c'est aux médecins américains que nous sommes forcés de demander des éclaircissements. Aussi, après avoir comparé la fièvre typhoïde avec le typhus d'Amérique, aurions-nous encore à rechercher si cette affection est bien la même que celle qu'on observe en Angleterre. C'est ce que la connaissance des symptômes nous permettra de faire jusqu'à un certain point.

En 1836, il régna à Philadelphie une épidémie de typhus. M. le docteur Gerhard, déjà connu par des travaux importants et par l'exactitude de ses observations, profita de sa position de médecin de l'hôpital, pour étudier avec soin cette maladie. C'est à la description qu'il en a donnée dans un mémoire publié en 1837 (*American journal of the medical sciences*, n° 28, février, et n° 40, août 1837), que nous allons emprunter les détails suivants. Nous aurons surtout recours à la traduction qui en a été faite dans le journal *l'Expérience* (1). Nous trouverons, dans ce travail, non plus une appréciation superficielle des faits, et des notes prises en courant, mais le fruit d'une observation attentive et assidue.

M. Gerhard établit d'abord un fait bien important c'est qu'il peut exister et qu'il existe en effet, concurremment dans le même pays, deux maladies qu'on peut parfaitement diagnostiquer, et dans lesquelles on peut prédire, du vivant du malade, les lésions qui seront trouvées après la mort; ce sont la fièvre typhoïde et le typhus proprement dit. Ce fait est tellement hors de doute, que lors de l'épidémie qui a régné à Philadelphie, on a vu se développer chez quelques sujets, et comme maladie intercurrente, une fièvre typhoïde véritable, et que dans ces cas, malgré l'existence de l'épidémie, on n'a nullement erré dans le diagnostic, et l'on n'a pas confondu l'affection sporadique avec la maladie régnante. Or, comment pourrait-il en être ainsi, si ces deux maladies n'en étaient réellement qu'une

seule, et si toute la différence consistait dans l'absence des lésions intestinales? A coup sûr, si M. Lombard avait pensé que l'on pouvait, pendant la vie, se dire positivement: d'après tels et tels symptômes, et d'après la marche de l'affection, nous devons nous attendre à trouver ici l'ulcération des plaques, et la leur parfaite intégrité, il n'aurait pas avancé que la maladie qu'il avait observée à Genève pouvait exister sans lésion intestinale; il se serait borné à dire qu'en Angleterre il existait, avec la fièvre typhoïde une autre fièvre qui avait quelques points de ressemblance avec elle, mais qui au fond en différait essentiellement. C'est donc sans étonnement qu'on doit voir M. Gerhard non-seulement regarder les deux affections comme distinctes, mais encore en indiquer avec soin le diagnostic différentiel.

Si, en effet, nous entrons dans les détails, nous trouvons, dans le typhus, au lieu des taches roses lenticulaires de la fièvre typhoïde, ces pétéchies violettes, sans saillie, laissant après la mort de petites suffusions sanguines, telles en un mot que M. Lombard les a signalées sous le nom de *vibices*. Les sudamina ne se rencontrent dans le typhus que chez un très-petit nombre de sujets. Les épistaxis, qui sont si fréquentes dans la fièvre typhoïde, ne sont même pas mentionnées par M. Gerhard. Si dans les deux maladies le délire existe aussi souvent, l'affaiblissement et la lenteur de l'intelligence se rencontrent néanmoins bien plus souvent et à un plus haut degré dans le typhus que dans la fièvre typhoïde. Du côté de la poitrine, encore symptômes différents. Ce râle sibilant, si digne de remarque dans l'affection typhoïde, et qui existe dans une si grande étendue de la poitrine, ne se trouve pas dans le typhus; et les premiers symptômes pectoraux, dans cette dernière maladie, sont la matité en arrière, et la faiblesse de la respiration.

Mais la différence la plus grande, la plus capitale, entre les deux affections, c'est, dans l'une, l'absence complète de symptômes abdominaux, même dans les cas les plus graves; tandis que dans l'autre on en trouve de si frappants, même dans les cas les plus légers. Ainsi, dans le typhus, point de diarrhée, de douleurs de ventre, de gargouillements, de météorisme, de douleur dans la région de la rate. Tous les organes contenus dans la cavité abdominale sont entièrement étrangers à l'affection d'ailleurs si générale. Or, comment concevoir que deux variétés d'une même maladie peuvent exister concurremment, sans que jamais les symptômes les plus constants de l'une se rencontrent dans l'autre, au moins à un faible degré?

Les mêmes différences existent d'ailleurs dans les lésions cadavériques. On connaît toutes celles qui se manifestent dans la fièvre typhoïde et qui en font une des maladies aiguës les plus formidables que nous connaissons en France. Dans le typhus, au contraire, et dans le typhus le plus intense, une grande liquidité du sang qui ne se prend pas en caillot, une injection passive des divers organes et une grande tendance à la putréfaction, telles sont les seules particularités anatomiques qui ont été observées. Dans l'intestin et dans les ganglions mésentériques, il y a non-seulement absence complète de

(1) 1838, nos 16 et 20.

la lésion caractéristique des follicules agminés, mais absence de toute espèce de lésion, circonstance vraiment curieuse et qui donne à ce typhus une place tout à fait à part dans la classe des affections fébriles. L'intestin se trouvait, chez tous les malades observés par M. Gerhard, parfaitement intact; il était blanc, sans injection, sans tuméfaction de la muqueuse dans aucun point; cette membrane donnait des lambeaux de plusieurs lignes; rien, en un mot, qui ne fût tout à fait normal. Tous ceux qui ont une idée précise de la fréquence des lésions intestinales dans les maladies fébriles, seront assurément frappés de ce fait, et l'on ne verra pas sans étonnement une affection dans le cours de laquelle existent une vive accélération du pouls, une forte chaleur de la peau, du délire, et enfin tout le cortège de l'état fébrile, ne présenter ni symptômes, ni lésions du tube intestinal; tandis que dans toutes les autres maladies, lorsque la fièvre est un peu considérable, la muqueuse de l'intestin est presque toujours la première atteinte par l'inflammation secondaire qui envahit tant d'autres organes. En faut-il davantage pour montrer que ce typhus est une maladie toute particulière, qui a ses caractères propres, et qu'un examen très-superficiel pourrait seul faire confondre avec l'affection typhoïde dont la physiologie est toute différente.

Nous pourrions étendre encore cette comparaison et trouver dans plusieurs autres lésions, ainsi que dans la marche de la maladie, de nouvelles preuves en faveur de l'opinion que nous venons d'émettre, mais nous pensons qu'après tout ce qui précède, ce serait un soin inutile. Contentons-nous d'ajouter que, dans un mémoire inédit de M. le docteur Stille, interne de M. Gerhard à l'époque où l'épidémie envahit Philadelphie, mémoire qui a été lu à la Société médicale d'observation, et que nous avons sous les yeux, les deux maladies ont été comparées symptôme par symptôme, lésion par lésion; et que, sauf quelques phénomènes qui constituent le mouvement fébrile de toutes les phlegmasies, on peut être sûr de trouver dans l'une tout le contraire de ce qu'on a rencontré dans l'autre.

Voici, en outre, comment s'exprime sur le sujet qui nous occupe un autre observateur américain, qui, ayant dans ces dernières années fixé son attention sur la fièvre typhoïde, est juge compétent dans cette matière. C'est à une brochure récente de M. James Jackson (1) que nous empruntons le passage suivant: «L'ouvrage de M. Louis sur la fièvre typhoïde est à présent, je pense, bien connu dans ce pays. Il n'en était pas de même en 1835, époque à laquelle je lui ai donné l'attention qu'il mérite. Depuis que je le connais, j'ai trouvé que la fièvre continue, qui nous est si bien connue dans cette ville, est la même que celle qui s'y trouve décrite. Les symptômes et les lésions anatomiques en sont exactement les mêmes. Ces lésions avaient déjà été découvertes auparavant, lorsque l'autopsie avait été faite convenablement. Depuis 1835, notre fièvre a été la même qu'auparavant, et dans tous les cas où l'au-

(1) A report founded on the cases of typhoid fever, etc. Boston, 1838, pages 8 et suivantes.

topsie a été faite, les altérations morbides se sont montrées les mêmes que celles qui ont été décrites par M. Louis. Dans les pays voisins, une semblable confirmation de l'identité de la maladie est sortie de différentes sources. Je citerai principalement ici, les cas observés à Lowell et qui ont été rapportés par le docteur Bartlett, savant professeur d'anatomie pathologique de l'institut médical du Berkshire....

» Je reçus, en 1835, les observations recueillies par le docteur Gerhard de Philadelphie sur des cas qui ont été appelés fièvre rémittente bilieuse. Ces observations sont peu nombreuses; mais elles suffisent pour montrer clairement que cette maladie diffère essentiellement de notre fièvre continue. Depuis ce temps, le même auteur a fait plus encore pour la solution de la question. En 1837, il a décrit la maladie qu'il nomme typhus, et qui sous quelques rapports ressemble à notre fièvre, mais qui en diffère évidemment, et par ses symptômes, et par sa marche, et par ses caractères anatomiques.

» M. Lombard, médecin de Genève, visitant l'Angleterre et l'Irlande, a décrit la fièvre qu'il a vue surtout à Dublin, mais aussi à Londres, et il a montré qu'elle diffère également de la fièvre typhoïde décrite par M. Louis (1). Il semblerait, réellement, que la maladie décrite par M. Lombard est la même que celle qui a été observée à Philadelphie par le docteur Gerhard.

» Je n'ai pas l'intention de m'étendre davantage sur ce sujet; et il est peu important pour l'objet que je me propose de rechercher si d'autres ont fait des observations semblables ou différentes sur ce point. Il est évident qu'il y a au moins deux espèces de fièvre continue, tant en Europe que dans ce pays.»

Ce passage est remarquable sous plusieurs rapports. Il prouve d'abord que, dès que les recherches anatomo-pathologiques ont été faites avec soin et connaissance de cause en Amérique, l'altération des plaques de Peyer a été trouvée constamment dans ce pays comme en France; et, en second lieu, il fait voir que c'est avec raison que M. Gerhard a regardé le typhus qu'il a observé comme différent de la fièvre typhoïde, puisque partout où la contagion n'a pas pénétré, la première maladie ne se montre pas.

M. Jackson pense que la fièvre décrite par M. Gerhard est la même que celle qui règne endémiquement en Angleterre et surtout en Irlande. Il est difficile de se prononcer positivement sur ce point. Le défaut d'observations exactes de la part des auteurs anglais ne nous permet pas d'établir une comparaison rigoureuse; cependant, si on rapproche la description de M. Gerhard de courtes indications de symptômes données par M. Lombard, on trouve de nombreux points de ressemblance, en sorte que si elle n'est point entièrement inattaquable, cette manière de voir est au moins vraisemblable (2). Quoi

(1) Les expressions dont se sert ici M. Jackson manquent de précision. Nous avons vu, en effet, que si M. Lombard avait réellement trouvé des différences entre la fièvre d'Irlande et celle de France, il était loin de les regarder comme fondamentales.

(2) Les renseignements suivants que nous communiquons M. le docteur Johnston, de Philadelphie, viennent encore à

qu'il en soit, s'il est démontré, comme nous le pensons, qu'à Philadelphie il a pu exister, en même temps, deux fièvres ayant quelques points de ressemblance, mais fondamentalement différentes, la possibilité de cette existence simultanée doit être aussi admise pour l'Angleterre. Au reste, si l'on en croit des praticiens d'un mérite généralement reconnu, ce que nous ne donnons ici que comme probable serait réel. Dans un voyage qu'ils ont fait récemment en France, MM. Christison et Tweedie ont affirmé, devant des médecins de nos hôpitaux, que la fièvre observée en Irlande par M. Lombard existait à Londres en même temps que la fièvre typhoïde, et qu'elles présentaient des caractères assez différents pour qu'on pût établir le diagnostic sur des bases solides.

Si nous jetons maintenant un regard en arrière, et si nous cherchons à apprécier la valeur des documents dont nous avons fait usage, nous voyons d'un côté des opinions recueillies en passant, des impressions de voyages, des observations tronquées: tantôt des malades vus un instant au milieu de leur maladie et sans autopsie confirmative; tantôt, au contraire, des autopsies sans observation préalable, en un mot, tout ce qu'il y a de plus incertain et de plus hypothétique; de l'autre côté, au contraire, nous avons des observations complètes, le traitement d'un grand nombre de malades par un médecin attentif, et une analyse détaillée des symptômes et des lésions. Est-il permis d'hésiter un seul instant? On nous reprochera peut-être de comparer des faits observés en Angleterre avec des faits recueillis en Amérique, et de les assimiler les uns aux autres. Nous conviendrons qu'il eût mieux valu présenter une série d'observations de typhus prises en Angleterre même; mais où les trouver? Notre conclusion n'en a pas moins, ce nous semble, toutes les probabilités en sa faveur, car nous avons vu de part et d'autre des symptômes tout à fait semblables, et ce qui est plus important encore, nous avons signalé entre la fièvre typhoïde et le typhus d'Angleterre et d'Irlande des différences

symptomatologiques qui expliquent suffisamment les différences anatomo-pathologiques.

Quelques lecteurs seront peut-être étonnés de ne pas nous entendre parler du typhus des camps, des prisons, des hôpitaux, du typhus tel qu'il a été décrit par Pringle, Hildenbrand, Pinel et tant d'autres, du typhus, enfin, qu'on a vu exercer ses ravages à Paris dans l'année 1814. Mais si nous portons la question sur ce terrain, elle se trouverait nécessairement changée; car qu'aurions-nous d'abord à nous demander? C'est évidemment si, dans ce typhus, on trouvait les mêmes lésions que dans la fièvre typhoïde, et s'il n'était autre chose que cette dernière maladie devenue épidémique et plus meurtrière. Or, nous verrions que l'absence de lésion intestinale caractéristique dans la fièvre des camps est une chose sur laquelle les opinions sont partagées. Si, en effet, on étudie attentivement, avec M. Gaultier de Claubry (1), la plupart des nombreuses relations qui nous ont été données, on voit que, tant sous le rapport des symptômes que sous celui des lésions, il y a la plus grande ressemblance entre les deux affections, en sorte qu'on ne peut pas mettre le typhus observé dans les épidémies citées par cet auteur, sur la même ligne que le typhus d'Angleterre et d'Amérique. Mais, d'un autre côté; si l'on a égard aux faits qui ont été publiés par d'autres médecins, à ceux, par exemple, qui ont été recueillis dans les épidémies de Gibraltar et de Toulon, et que M. Rochoux a cités dans son mémoire sur la contagion des maladies épidémiques (*Journal hebdomad.* 1823, tome VII), on voit, au contraire, que les glandes de Peyer et de Brunner ne se sont pas montrées une seule fois malades, ce qui fait dire avec raison au savant auteur que nous citons, que «sous ce rapport, il existe une séparation infranchissable entre le typhus et la dothinérite.» Cette espèce de typhus est-elle la même que celle qu'on observe en Angleterre?—Bornons-nous à ces indications sur un sujet aussi obscur.

Maintenant, que nous faut-il de plus pour regarder la lésion spéciale des follicules intestinaux comme tout à fait caractéristique de la fièvre typhoïde? Il faut, après avoir montré l'excessive rareté des faits qu'on peut opposer à cette manière de voir, et en avoir fait connaître le peu d'importance, rechercher rapidement si, de toutes les maladies aiguës, cette affection est la seule qui présente une semblable lésion. Or, c'est ce dont il est très-facile de s'assurer en parcourant les observations des auteurs les plus connus.

M. Louis avait signalé, dans des cas rares, un développement insolite d'un petit nombre de plaques de Peyer et des follicules de Brunner; c'est principalement chez des sujets affectés de scarlatine qu'il avait rencontré ces faibles lésions. Dans un mémoire sur la scarlatine et la variole, Dance (2) fit connaître

l'appui de ce que nous avançons et changent presque les probabilités en certitude. On sait qu'un grand nombre d'Irlandais, chassés de leur pays par la misère, émigrent en Amérique; eh bien! c'est parmi des Irlandais récemment débarqués que M. Johnston a rencontré la maladie dans la ville de Philadelphie, en 1836. Il a même constaté que la maladie de quelques-uns d'entre eux avait débuté dans le cours de la traversée. D'autres malades lui dirent que l'affection dont ils étaient atteints avait régné épidémiquement sur le vaisseau qui les avait apportés d'Irlande. Il paraît donc, d'après ces faits, que non-seulement le typhus d'Amérique est la même maladie que le typhus fever d'Angleterre, mais encore que c'est ce dernier qui a été pour ainsi dire transporté dans le Nouveau-Monde. Nous ne donnons certainement pas cette opinion comme un résultat de l'observation sévère; mais réduits que nous sommes à interpréter des faits fort incomplets, nous cherchons à entrevoir la vérité.

A présent que l'attention des médecins est fixée sur cette question intéressante, nous avons le droit d'attendre des observateurs sa solution définitive. Quant au point le plus important de cette discussion, c'est-à-dire la détermination des caractères anatomiques essentiels de la fièvre typhoïde, il nous paraît suffisamment éclairci.

(1) Voy. Mémoires de l'Acad. royale de médecine, tome septième, 1838, page 157. Mémoire en réponse à cette question: Faire connaître les analogies et les différences qui existent entre le typhus et la fièvre typhoïde. (Travail qui a été couronné.)

(2) Archiv. générales de méd., t. 23, 1830.