

Observation de la présence d'un limaçon vivant dans l'estomac d'un homme; par le docteur BERG.

Les cas bien authentiques où des animaux vivants, autres que les entozoaires, ont séjourné pendant quelque temps dans le corps humain, sont assez rares.

M. G., porteur à D., âgé de 29 ans, toujours bien portant, fut atteint, au mois de septembre 1856, de la dysenterie. Depuis cette époque, sa digestion était devenue pénible. A partir de juin 1857, cette indisposition ne fit qu'augmenter; au mois de juillet, il s'y joignit de la céphalalgie et des vertiges, et, plus tard, un sentiment d'oppression. Le malade devint triste et parla beaucoup de sa fin prochaine. Un purgatif améliora, pour quelques jours, son état. Plus tard, G. croyant avoir des vers, réclama les anthelminthiques, mais qui restèrent absolument sans effet. Dans la supposition d'un état hémorrhoidal, on prescrivit :

Pr. : Assa-fœtida, lait de soufre crud, 1 gros.  
Bi-carbonate de potasse, 2 gros.  
Faites 120 pilules.

Le malade en prit 12 par jour en 4 fois. Sous l'influence de ces pilules, qui furent données au mois d'octobre, l'état du malade devint peu à peu plus satisfaisant, en sorte qu'on pouvait espérer une prochaine guérison; mais lui, qui ordinairement ne buvait pas de vin, en prit, par extraordinaire, deux chopines à la fin de janvier. Le même soir, tous les symptômes ressentis antérieurement se réveillèrent et ne firent qu'augmenter dans la huitaine : sentiment d'oppression très-fort, appétit nul, estomac distendu, éructations, malaise, quelques vomissements muqueux, figure pâle et grippée, grande faiblesse.

Le neuvième jour, le 3 février, à neuf heures du soir, le malade, en se préparant pour se coucher, rendit, avec beaucoup d'efforts, une bouche pleine de mucosités, dans lesquelles on trouva un petit limaçon vivant (*limax agrestis*) d'un pouce et demi de longueur, d'un gris foncé sur le dos, blanc au ventre. Le malade se rappela que fin de mai ou commencement de juin au soir, il avait senti le passage d'un corps dur en buvant de l'eau.

(Medicinisches correspondenz-blatt et Gaz. Méd.)

# GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.

MARS 1839.

N° 9. — 2 MARS.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL DE GENÈVE; par le docteur H. C. LOMBARD, médecin de cet hôpital.

Études cliniques sur divers points de l'histoire des fièvres bilieuses et typhoïdes.

Les études cliniques que je viens faire connaître par ce mémoire ont porté sur divers points de l'histoire des fièvres bilieuses et typhoïdes. J'ai cherché à reconnaître s'il existait une fièvre ou maladie bilieuse indépendante de la fièvre typhoïde et si des symptômes et des lésions caractéristiques pouvaient être assignés à ces deux ordres de maladies. J'ai été conduit, par cette recherche, à reconnaître l'existence des cas légers de fièvre typhoïde. J'ai décrit un cas récent de développement des plaques de Peyer et étudié les lésions intestinales des premiers jours de la fièvre typhoïde. Je fais ensuite connaître le résultat de mon observation sur la contagion de cette maladie, sur l'influence des saisons quant au développement des fièvres typhoïdes, sur la mortalité qui en est la conséquence, et sur le meilleur traitement hygiénique et thérapeutique que l'on puisse opposer à la dothinentérie. Telles sont les questions qui m'ont occupé et sur lesquelles je vais attirer l'attention du lecteur.

Existe-t-il une fièvre bilieuse indépendante de toute inflammation gastro-hépatique et différente de la fièvre typhoïde? Y a-t-il des caractères bien tranchés pour distinguer une fièvre bilieuse d'une fièvre typhoïde, ou bien ces deux maladies ne sont-elles que des degrés différents de la dothinentérie? Telles sont les questions qui se sont souvent présentées à mon esprit et que j'ai cherché à résoudre par l'observation clinique. Malheureusement les faits qui ont pu servir à mes recherches sur cet objet sont trop peu nombreux pour entraîner la conviction et trancher définitivement la question; mais il me suffira de montrer l'intérêt que présente la solution de ce problème pour que d'autres praticiens cherchent à le résoudre avec des faits plus nombreux et dans des localités où toutes les nuances des fièvres bilieuses et typhoïdes s'offrent fréquemment à leur observation.

Il n'est, certes, pas difficile de distinguer un simple embarras gastrique fébrile et non fébrile d'une

fièvre typhoïde bien caractérisée; mais lorsque celle-ci est peu grave, lorsque les symptômes caractéristiques manquent en partie, c'est alors que la distinction devient plus difficile; et, d'autre part, lorsqu'un embarras gastrique se prolonge, s'accompagne de quelques symptômes nerveux, de diarrhée et d'éruption typhoïde, n'est-il pas aussi très-difficile de le distinguer d'une fièvre typhoïde? Mais, avant d'étudier cette question par les symptômes, recherchons si l'anatomie pathologique peut nous fournir quelques lumières.

La fièvre bilieuse de nos climats tempérés cause trop rarement la mort pour que nous ayons l'occasion de reconnaître la nature des lésions anatomiques; cependant il est des cas où l'ensemble des symptômes n'a fait reconnaître qu'une fièvre bilieuse et dont cependant la terminaison a été fatale. Je sais qu'il est bien difficile d'établir d'une manière indubitable l'absence de toute inflammation gastro-hépatique dans les cas que l'on désigne sous le nom de fièvre bilieuse; mais si l'on considère que le traitement évacuant par émétique et purgatif, qui guérit avec rapidité les symptômes d'embarras gastrique fébrile ou non fébrile, devrait nécessairement aggraver s'ils dépendaient d'une inflammation gastro-hépatique, l'on est conduit à admettre qu'il y a des cas où l'élément bilieux joue un rôle plus important que l'élément inflammatoire. D'ailleurs, la marche des fièvres bilieuses qui se prolongent souvent deux ou trois septénaires, sans aggravation ou diminution bien notable, peut être considérée comme les différenciant suffisamment de la marche des maladies inflammatoires. Enfin, dans les cas qui se sont terminés par la mort, l'on ne trouve quelquefois aucune trace d'inflammation hépatique ou gastro-intestinale, en sorte qu'on est conduit à admettre l'existence d'une maladie bilieuse différente de l'hépatite ou de la gastro-entérite. Mais avant d'aller plus loin, je citerai les seuls faits de fièvre bilieuse que j'ai vus se terminer par la mort.

Dans le courant de l'été de 1856 et à la suite de chaleurs très-prolongées, pendant lesquelles j'eus l'occasion de soigner plusieurs cas d'embarras gastrique fébrile et non fébrile, deux femmes âgées réclamèrent mes soins. L'une d'elles avait soixante et quatorze ans, et jusqu'alors avait conservé toute sa force et toute son activité, lorsqu'elle fut prise de diarrhée, revenant par crises assez fréquentes; environ huit jours après l'apparition de la diarrhée,

1 B.

TOME IV. 5<sup>e</sup> s.



des vomissements porracés, verdâtres et peu abondants sont venus compliquer la maladie et ont nécessité le séjour au lit. C'est alors que je fus appelé et que je trouvai la malade dans l'état suivant : le pouls est plein, assez vif, sans fréquence, de 60 à 68, un peu intermittent, la langue est rouge et un peu sèche, la soif vive, l'épigastre est un peu douloureux sous la pression, l'abdomen est mou, indolent, sans apparence d'éruption typhoïde; les vomissements reviennent huit à dix fois par jour; ils sont complètement bilieux; les selles sont fréquentes, liquides, jaunâtres et assez abondantes; il n'y a jamais eu ni céphalalgie, ni surdité, ni bourdonnements d'oreille, ni délire. Cet état dura sept semaines sans changements bien notables et sans mouvement fébrile bien prononcé; la malade succomba après avoir beaucoup maigri, mais sans prostration bien considérable. L'ensemble des symptômes que je viens de décrire paraissait bien reconnaître pour cause une surabondance de bile; mais ils pouvaient aussi dépendre d'une gastro-duodénite. Malheureusement l'autopsie ne put être faite, en sorte que je serais resté dans le plus grand doute si, à peu près à la même époque, un nouveau cas de la même maladie ne s'était présenté à mon observation.

Une dame, âgée de cinquante-huit ans, me fit demander après quinze jours de maladie; elle avait alors des vomissements bilieux très-abondants, des selles jaunâtres et fréquentes, beaucoup de prostration, la langue sèche et rouge, une soif intense, un peu de céphalalgie, mais ni de vertiges, ni de bourdonnements d'oreille, ni de surdité; l'abdomen était un peu douloureux sous la pression de la région épigastrique, indolent partout ailleurs; le pouls était plutôt lent, la peau chaude et brûlante; il n'y avait aucune trace d'éruption typhoïde. La maladie parcourut les mêmes phases que celle de la malade précédente; les vomissements et la diarrhée bilieuse résistèrent à toutes les médications, et il n'y eut aucun symptôme typhoïde pendant les six semaines que dura cette affection. A l'autopsie, je ne trouvai aucune lésion qui pût me rendre compte de la mort. La muqueuse de l'estomac n'était ni épaissie, ni injectée, ni ramollie, et, en un mot, d'apparence tout à fait normale; le duodénum, le jéjunum et l'iléum étaient remplis de bile jaunâtre, qui avait coloré la membrane muqueuse; celle-ci n'était ni injectée, ni ramollie, ni tuméfiée. Les plaques de Peyer n'étaient point apparentes, non plus que les follicules isolés; il n'y avait point d'ulcération ni de cicatrice récente autour de la valvule et dans la partie inférieure de l'iléum. Le gros intestin présentait cette même absence de toute lésion anatomique; le foie était de couleur normale, ses deux substances étaient distinctes et sans altération aucune ni de dimension, ni de couleur, ni de consistance; les vaisseaux ne paraissaient ni dilatés, ni rétrécis; la vésicule du fiel était assez distendue par de la bile verdâtre très-liquide; le péritoine hépatique présentait la même absence de lésion.

Voilà donc deux cas de fièvre bilieuse mortelle; dans le premier, l'âge de la malade et l'absence de tout symptôme morbide des centres nerveux ne permettent pas d'admettre qu'il y eût eu fièvre typhoïde;

dans le second cas, ce n'est plus une probabilité, mais une certitude, puisque l'autopsie n'a révélé aucune lésion des plaques de Peyer. Le second cas que je viens de citer ne peut pas mieux être rapporté à une inflammation du foie, de l'estomac ou du duodénum, puisque ces organes n'ont présenté aucune lésion anatomique qui pût être considérée comme le résultat de l'inflammation, et que l'on se rappelle bien que la maladie ayant duré six à sept semaines, et ayant entraîné la mort, les lésions anatomiques auraient dû être assez distinctes pour qu'il n'y eût aucun doute sur leur origine inflammatoire, tandis qu'on n'a trouvé qu'une grande surabondance de bile dans tout le canal intestinal. D'où l'on est amené à conclure que la *polycholie* ou maladie bilieuse existe bien réellement et doit être distinguée, soit de la fièvre typhoïde, soit de l'inflammation hépatique ou gastro-duodénale.

Après avoir donné par l'anatomie pathologique la solution de la première question, passons à la seconde, qui consiste à rechercher s'il existe des symptômes distincts pour les fièvres bilieuses et les fièvres typhoïdes. Mais les faits que je viens de citer montrent qu'il y a des cas de maladie bilieuse, dont les symptômes n'offrent aucune ressemblance avec ceux de la fièvre typhoïde; ces cas sont bien tranchés et peuvent servir à démontrer les différences qui existent entre ces deux maladies; nous y voyons que la distinction essentielle réside dans l'absence de symptômes typhoïdes, la persistance des vomissements et de la diarrhée et l'absence d'éruption lenticulaire sur l'abdomen. Mais il s'en faut que tous les cas de maladies bilieuses soient aussi tranchés que les précédents, et, dans certaines circonstances, la réunion de ces divers symptômes rend le diagnostic assez difficile.

La recherche des symptômes propres aux deux affections qui nous occupent m'a conduit à un résultat fort remarquable, c'est qu'il existe des cas si légers de maladie typhoïde que ceux qui en sont atteints ne sont pas alités, n'ont pas de fièvre et peuvent continuer leurs occupations. M. Bouillaud avait déjà énoncé cette opinion (1), mais sous forme dubitative, et il n'avait pu, comme je vais le faire, s'appuyer sur des ouvertures de cadavres pour démontrer la lésion des plaques de Peyer dans des cas si légers qu'on les aurait bien plutôt désignés sous le nom d'embarras gastrique ou de fièvre bilieuse légère que sous celui de fièvre typhoïde. Au reste, voici les preuves de cette assertion. En premier lieu, M. Louis (2) dit avoir rencontré l'éruption typhoïde quatre fois sur dix malades qui offrirent les symptômes de l'embarras gastrique plus ou moins prolongés, d'où il résulte que quatre personnes atteintes d'une maladie aussi légère que l'embarras gastrique présentaient cependant l'éruption lenticu-

(1) Il se pourrait bien, dit M. Bouillaud, que la simple fièvre bilieuse ou gastrique coïncidât avec un léger degré d'inflammation des plaques de Peyer, et qu'ainsi elle fût à l'entéro-mésentérite intense ce qu'est la variole bénigne à la variole intense ou confluyente. (Clin. méd., t. I, p. 184.)

(2) Fièvres typhoïdes, t. II, p. 242.

laire, qui est un des symptômes les plus constants de la maladie typhoïde.

J'ai vérifié l'observation de M. Louis sur plusieurs malades atteints d'embarras gastrique et de fièvre bilieuse très-légère. En second lieu, chez un malade qui avait travaillé le matin même de sa mort, et qui n'avait point interrompu ses occupations les jours précédents, j'ai trouvé le boursofflement des plaques de Peyer et toutes les lésions cadavériques d'une fièvre typhoïde. Enfin j'ai soigné un malade qui a présenté tous les symptômes considérés par MM. Louis et Chomel comme caractéristiques de l'affection typhoïde et qui a pu cependant venir me consulter chez moi, continuer ses occupations et mener la vie d'une personne bien portante. L'ensemble de ces documents me permet de conclure qu'il y a des degrés insensibles entre les cas les plus légers d'embarras gastrique et la fièvre typhoïde la plus grave; mais comme cette conclusion pourrait paraître hasardeuse, si je ne l'appuyais sur les faits qui ont entraîné ma conviction, voici le détail de quelques-unes de ces observations.

#### *Fièvre bilieuse très-légère avec éruption typhoïde.*

Obs. I. — Un militaire, âgé de 22 ans, de constitution robuste et de taille assez élevée, habituellement bien portant, entre à l'hôpital le 24 septembre; il raconte qu'il a été pris, sans cause connue, depuis deux jours, de céphalalgie, de chaleur à la peau et de faiblesse des membres.

A son entrée, le pouls est à 100, la peau chaude, habitueuse; la céphalalgie occupe toute la tête; il n'y a ni vertiges, ni éblouissements, ni bourdonnements d'oreille; la langue est blanche et humide; il n'y a pas d'appétit depuis deux jours, pas d'évacuation alvine depuis la même époque; l'abdomen est mou et indolent dans toute son étendue; il n'y a pas de trace d'éruption typhoïde. (On prescrit un vomitif.)

Le 25 septembre, continuation de tous les symptômes, cessation de la céphalalgie, pouls à 80, langue humide et nette, n'accuse aucune douleur; le vomitif a amené d'abondantes évacuations par les efforts de vomissements et par les selles. L'anorexie continue.

Le 26, le pouls est à 60, la langue est nette, n'accuse aucune douleur de tête, n'éprouve ni vertiges ni bourdonnements d'oreille ni éblouissements. L'abdomen est mou et indolent. Apparition de trois à quatre taches roses lenticulaires disparaissant sous la pression et tout à fait caractéristiques de l'éruption typhoïde. (On prescrit un purgatif salin.)

Le 27, a eu cinq à six selles par l'effet du purgatif, n'accuse aucune douleur et se sent parfaitement bien.

Le 28, demande sa sortie, l'abdomen examiné avec soin ne présente plus qu'une seule tache typhoïde; il est du reste parfaitement bien, et sort guéri.

#### *Fièvre bilieuse sub-typhoïde.*

Obs. II. — Un jardinier, âgé de 30 ans, habituellement bien portant, a été pris, il y a quinze jours, après un bain froid, d'une diarrhée peu intense, et

qui ne l'a point empêché de continuer son travail. Il y a neuf jours qu'il a ressenti de la céphalalgie, des bourdonnements dans les oreilles, des éblouissements, des douleurs dans tous les membres, de la faiblesse et de la fièvre. Il fut alors traité par une saignée et un purgatif.

Maintenant (dixième jour) les éblouissements et les bourdonnements d'oreille continuent; la tête est pesante, douloureuse; la langue est jaunâtre, humide; il y a soif vive, et anorexie complète; il n'y a pas de selles depuis deux jours; l'abdomen est mou et indolent sans apparence d'éruption typhoïde; le pouls est à 72; il n'y a pas de toux ni de douleur thoracique. (On prescrit un purgatif salin.)

Le 4 août (onzième jour), selles très-fréquentes par l'effet du purgatif; langue jaunâtre, sub-humide; soif vive; même état des bourdonnements d'oreille et des éblouissements; sommeil assez agité par des rêves; peau toujours chaude; abdomen mou et indolent: on y trouve trois taches roses lenticulaires disparaissant sous la pression et tout à fait caractéristiques. Ces taches avaient été cherchées hier inutilement, et ont dû se développer dans la nuit. (On prescrit un bain tiède.)

Le 5 (douzième jour), le pouls est à 60, la langue est toujours jaunâtre au centre et rouge au bout, la soif continue, l'éruption typhoïde se compose maintenant de six taches bien distinctes. Moins de bruit dans les oreilles, se trouve assez bien pour se lever et se promener. (On répète le purgatif salin.)

Le 6 (treizième jour), l'éruption typhoïde se compose maintenant de quinze à seize taches lenticulaires. Le pouls est à 64, l'abdomen mou et indolent, la langue moins jaune et moins sèche; il y a eu six selles par l'effet du purgatif. (On répète le bain tiède.)

Le 7 (quatorzième jour), le mieux fait des progrès, mais la bouche reste amère et la langue jaunâtre. (Répéter le purgatif.)

Le 8 (quinzième jour), la convalescence est complète, le pouls est à 56, l'appétit est revenu depuis la purgation. (On donne le demi-régime.)

Le 15, il sort guéri.

#### *Fièvre bilieuse sub-typhoïde.*

Obs. III. — Un cordonnier, âgé de 26 ans, habituellement bien portant, a été pris il y a quatre jours, sans cause appréciable, de douleurs abdominales, sans diarrhée.

Le lendemain, il a commencé à ressentir des douleurs de tête assez vives avec vomissements qui ont persisté avant-hier et hier.

Maintenant, 12 mars (cinquième jour), la peau est chaude et humide, le pouls fréquent de 104 à 108, petit, irrégulier, facilement compressible; la céphalalgie est toujours très-prononcée; la langue est humide et couverte d'un enduit blanchâtre et un peu jaunâtre; l'abdomen est mou et indolent; il présente trois taches rosées lenticulaires disparaissant sous la pression; une selle depuis deux jours; a bien dormi cette nuit, mais avec rêves, et maintenant il y a de la confusion dans les idées, quoiqu'il réponde exactement aux questions qui lui sont faites. (On prescrit un vomitif.)



Le 15 mars, vomissements très-abondants, et quelques selles sous l'influence du vomitif; a beaucoup d'agitation, parle beaucoup et avec volubilité, peau chaude sans sueur, le pouls est à 104 ou 108, la soif est très-intense, la langue très-blanche, l'éruption typhoïde est toujours peu nombreuse, mais très-distincte. (On fait faire des lavages froids sur tout le corps plusieurs fois dans la journée.)

Le 14, mieux très-prononcé, les idées sont plus nettes, parle moins et sans divagation; la langue est moins blanche, l'abdomen est toujours mou et indolent; il n'y a pas eu de selle depuis l'action du vomitif; le pouls est à 92. (On donne de l'huile de ricin.)

Le 16, il a été bien purgé avant-hier, et dès lors le mieux continue à faire des progrès; le pouls reste cependant encore un peu fréquent; l'appétit a repris avec vivacité. (On donne le demi-régime et de la viande rôtie.)

Le 17, le pouls est à 84; du reste bien.

Le 19, la langue est encore blanche et l'appétit est moins prononcé que précédemment. (On répète l'huile de ricin.)

Le 20, il est parfaitement bien, et sort guéri.

Les trois observations qui précèdent ont été inscrites dans mes notes, sous le nom de fièvres bilieuses, et correspondent très-probablement à ce que M. Louis aurait désigné sous le nom d'embarras gastrique, accompagné d'éruption typhoïde. Si on lit avec soin ces trois observations, on pourra suivre une gradation insensible entre la première et la seconde, entre celle-ci et la troisième. Dans la première, la plupart des symptômes caractéristiques de la maladie typhoïde manquent complètement; il n'y a eu ni diarrhée, ni vertiges, ni éblouissements, ni bourdonnements d'oreille; la fièvre ne dure qu'un seul jour, et la durée totale de la maladie est à peine de huit jours. Il est donc difficile avec les notions généralement reçues de reconnaître ici une fièvre typhoïde; mais si l'on étudie les deux autres observations, la distinction ne paraîtra plus si facile; en effet, dans la seconde observation, nous trouvons la diarrhée précédant de quinze jours l'entrée du malade à l'hôpital, et plus tard tout le cortège des symptômes qui annoncent une profonde modification des centres nerveux, de la céphalalgie, des vertiges, des bruits dans les oreilles, des éblouissements, et une faiblesse si grande que le malade ne pouvait se tenir sur ses jambes, et, avec tous ces symptômes, le pouls n'a jamais dépassé 72, et quatre jours après son entrée, le malade a pu se lever et se promener. Cette seconde observation se rapproche plus que la première des véritables fièvres typhoïdes dont elle ne diffère que par la durée de la fièvre et l'absence des symptômes secondaires. Dans la troisième observation, nous avons, il est vrai, moins de symptômes des centres nerveux, mais un mouvement fébrile plus prolongé; le malade ne présente pas les vertiges et les éblouissements observés dans les cas précédents, mais ces divers symptômes sont remplacés par des vomissements au début, une céphalalgie intense, beaucoup de loquacité et de confusion dans les idées. La soif est vive, et la langue est couverte d'un enduit blanchâtre très-prononcé. En résumé quel que soit le nom donné à ces trois obser-

vations, qu'on les classe dans les embarras gastriques ou dans les fièvres bilieuses, toujours est-il qu'outre l'éruption lenticulaire, elles ont présenté la plupart des symptômes caractéristiques des fièvres typhoïdes; en sorte qu'il me paraît difficile d'établir d'autre distinction entre ces deux ordres de maladies que celles d'un degré moindre de gravité dans les observations que je viens de citer. Au reste, cette conclusion sera encore confirmée par les faits qui me restent à faire connaître; ce sont les observations de deux malades qui ont continué leurs occupations, quoique présentant, l'un tous les symptômes des fièvres typhoïdes, et l'autre les lésions caractéristiques de cette maladie.

*Fièvre typhoïde au début chez un jeune homme qui s'est suicidé.*

Obs. IV. — Un ouvrier confiseur, âgé de 23 ans, établi à Genève depuis quelques mois, avait continué ses occupations et ne s'était plaint à personne d'éprouver aucun mal, lorsqu'un matin il s'absenta pendant quelques heures, et fut se coucher sur son lit. Appelé à midi pour venir prendre son repas, il répondit qu'il allait descendre, et, à l'instant même il se jeta par la fenêtre sur le pavé; la mort fut instantanée à la suite des fractures nombreuses du crâne et des membres.

A l'autopsie, les fractures du crâne ne permirent pas de reconnaître l'état du cerveau; la poitrine ne présentait aucune lésion appréciable; l'estomac était sain; la muqueuse n'était ni injectée ni ramollie; les aliments contenus dans l'estomac furent recueillis et examinés dans le but de rechercher s'il y avait eu empoisonnement; mais aucune substance vénéneuse n'y fut découverte. La fin de l'iléum présentait tous les symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde. A partir de deux ou trois pouces au-dessus de la valvule iléo-cœcale, on trouve la muqueuse parsemée de points blancs assez nombreux et disposés à intervalles égaux et réguliers; ces follicules hypertrophiés sont d'un blanc mat et font saillie dans l'intestin; leur couleur tranche avec celle de la muqueuse qui est d'une teinte jaune uniforme, sans aucune arborisation ou injection dans toute l'étendue du petit intestin. Outre ces follicules isolés, on trouve un grand nombre de plaques boursoufflées et tuméfiées, d'un blanc mat et d'un tissu assez résistant. Ces plaques sont si nombreuses et si volumineuses autour de la valvule iléo-cœcale qu'elles obstruent l'intestin et ne laissent passer qu'avec peine l'entérotome; elles sont à peu près confluentes dans les cinq derniers pouces de l'intestin grêle; leur volume est de moins en moins considérable à mesure que l'on s'éloigne de la valvule.

Examinées à la loupe, ces plaques sont formées par un tissu blanc assez résistant et traversé par un grand nombre de vacuoles ou canaux allongés qui lui donnent la plus grande ressemblance avec l'éponge marine. Le tissu sous-muqueux ne présente aucune injection ou épaississement à la fin de l'iléon (1). Il existe quelques plaques et follicules dans

(1) J'ai fait faire un dessin colorié de ces diverses altéra-

le gros intestin; mais leur nombre et leur volume sont peu considérables.

Les ganglions mésentériques sont volumineux dans les parties correspondant aux plaques gaufrées. La rate ne fut pas examinée.

Cette autopsie nous présente bien des particularités dignes de remarque; en premier lieu, quant à l'objet qui nous occupe maintenant, nous y voyons un jeune homme qui présente toutes les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, et qui cependant a pu, jusqu'à quelques heures avant sa mort, continuer ses occupations et vaquer à ses travaux habituels, sans qu'aucun de ses camarades se soit aperçu qu'il était souffrant. Ce fait me paraît mettre hors de doute l'existence des cas légers de fièvre typhoïde, surtout si on le rapproche de l'observation qui va suivre.

Mais l'autopsie que nous venons de citer présente un autre genre d'intérêt, en ce qu'elle nous montre l'état des intestins au début de la fièvre typhoïde. Nous y voyons, en premier lieu, l'absence complète d'injection et de trace d'inflammation; la muqueuse du petit intestin, siège d'une lésion aussi étendue, était jaunâtre, de bonne consistance, et ne présentait aucune arborisation; les plaques gaufrées étaient d'un blanc laiteux, leur tissu ne laissait pas écouler, par la section, une seule goutte de sang, en sorte qu'il était impossible de reconnaître dans cette lésion aucun des caractères de l'inflammation. Il est donc inexact de considérer l'éruption intestinale comme le produit d'une entérite, et si, plus tard, l'intestin vient à s'ulcérer, c'est qu'un travail éliminatoire est nécessaire pour faire disparaître cette production morbide développée dans les plaques de Peyer et dans les follicules de Brunner. Cette manière de considérer les ulcérations de l'iléum me paraît être confirmée par le résultat des autopsies à diverses époques de la fièvre typhoïde. En effet, d'après les observations citées par MM. Trousseau, Louis et Chomel, l'on voit que la muqueuse intestinale, le tissu sous-muqueux et les plaques elles-mêmes sont de plus en plus injectés, ramollis ou ulcérés à mesure que la maladie est plus avancée.

J'ai cherché à découvrir quelle était la date précise de la maladie dans le cas qui nous occupe, et, comme les détails commémoratifs manquent complètement, j'ai recherché dans les descriptions de MM. Trousseau, Louis et Chomel, les cas qui pourraient avoir quelque analogie avec celui de notre suicidé. M. Louis a rencontré trois cas de fièvre typhoïde terminée par la mort le huitième jour. M. Chomel a décrit un cas de mort entre le septième et le huitième jour; or, dans ces quatre cas, la muqueuse intestinale était ramollie; dans trois, elle était injectée; et dans le quatrième, le tissu sous-muqueux était injecté et épaissi; dans trois cas, les plaques étaient rouges et ramollies; dans un seul, celui de M. Chomel, les plaques étaient blanches et non ramollies; mais la muqueuse était d'un rouge vif et ramollie. En sorte qu'on peut établir en règle déduite de l'observation clinique, qu'à dater du huitième

jour, il y a déjà des traces évidentes d'inflammation et de ramollissement, ou des plaques de Peyer, ce qui est le cas le plus ordinaire, ou de la muqueuse intestinale et du tissu cellulaire sous-muqueux. Or, dans le cas que nous avons cité, il n'y avait de rougeur ou de ramollissement, ni dans les plaques, ni dans l'intestin, ni dans le tissu cellulaire sous-jacent; il faut donc considérer l'époque du début comme plus voisine de la mort qu'aucun des cas précédents.

M. Trousseau n'a pas cité les cas sur lesquels M. Bretonneau a fondé son opinion; mais dans sa description générale, il donne pour caractères constants du sixième jour de l'éruption intestinale, l'opacité et le ramollissement des plaques, et pour caractère variable l'injection de la muqueuse intestinale des portions voisines. Or, dans le cas qui nous occupe, il n'y avait encore ni ramollissement des plaques, ni injection de la muqueuse; nous sommes donc amenés à considérer l'époque de la mort comme plus voisine encore du début que le sixième jour. M. Bretonneau n'a pas fait d'autopsie de fièvre typhoïde avant le cinquième jour, et la description de M. Trousseau est malheureusement très-incomplète; il donne la tuméfaction des plaques et des follicules isolés comme les seuls caractères de cette époque de la maladie. Or, rien ne nous démontre que cette tuméfaction n'existe pas déjà avant le cinquième jour, et que par conséquent le cas de notre suicidé ne soit antérieur à cette époque. Quoiqu'il en soit de ces diverses suppositions, il n'en est pas moins certain que le cas précédent nous fait connaître, mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent, les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde à une époque où les malades ne succombent pas ordinairement, et il a fallu un suicide pour nous montrer l'état de l'intestin dans les trois ou quatre premiers jours de la fièvre typhoïde; nous y voyons la tuméfaction des plaques de Peyer poussée au point d'obstruer l'intestin autour de la valvule iléo-cœcale; nous voyons ces mêmes plaques transformées en un tissu résistant, blanc, opaque, spongieux et sans aucune trace d'injection; les follicules isolés sont aussi très-saillants, et ont subi la même transformation que les follicules agminés; la muqueuse intestinale n'est ni rouge, ni ramollie, et le tissu cellulaire n'est ni épaissi, ni injecté. En sorte qu'on peut dire que, dans cette première période de la fièvre typhoïde, l'éruption intestinale n'est accompagnée d'aucun travail inflammatoire, et que si plus tard la membrane muqueuse et les tissus sous-jacents viennent à s'enflammer, c'est qu'une seconde période de la maladie, celle d'un travail éliminatoire, succède à la période d'éruption pendant laquelle les plaques et les follicules paraissent être les seuls organes modifiés, et encore ne le sont-ils pas dans le sens d'une lésion inflammatoire, puisqu'on ne trouve dans leur tissu blanc, opaque et résistant, aucun des caractères anatomiques de l'inflammation (1).

lions vues à l'œil nu et sous le microscope. Ce dessin a été copié par un élève de M. Chomel.

(1) Les ouvrages cités sur ce sujet sont ceux de M. Trousseau: De la Dothinentérie, d'après M. Bretonneau (Archives de médecine, janvier 1836). M. Louis: Recherches sur les fièvres typhoïdes, 1<sup>er</sup> vol., 1829. M. Chomel, Leçons clini-