

ture, 140 pulsations, suppression presque totale des urines. Malgré un catarrhe bronchique intense, je conseillai les bains froids, et la médication, appliquée dans toute sa rigueur, donna le plus favorable résultat. Je me crois donc autorisé à poser les conclusions suivantes :

1° Malgré les bains froids, l'éruption de la rougeole continue son évolution normale, on ne doit donc pas redouter de faire rentrer l'éruption. Chez la deuxième petite malade qui a pris sept bains froids dès le deuxième jour d'une éruption généralisée et presque confluyente, l'éruption pâlisait légèrement pendant le bain, mais un quart d'heure après elle reprenait tous ses caractères et la desquamation s'est faite classiquement, à jour fixe.

2° Sous l'influence des bains froids, la sécrétion urinaire tend à se rétablir, ainsi que c'est l'usage, toutes les fois qu'on traite par les bains froids les maladies infectieuses à forme grave, scarlatine, fièvre typhoïde, pneumonie, où la sécrétion urinaire est compromise.

3° Les bains froids ne semblent avoir aucune action fâcheuse sur la bronchite ou la pneumonie morbilleuse, puisque la bronchite capillaire et la broncho-pneumonie, qui devenaient menaçantes chez notre deuxième malade, ont cédé, malgré la continuation des bains froids, peut-être à cause des bains froids. La même remarque peut être faite pour les bronchites et pneumonies typhoïdes qui ne sont pas une contre-indication aux bains froids. Ce qui est préjudiciable, c'est l'application d'un vésicatoire à un malade chez lequel la sécrétion urinaire est déjà fort amoindrie; aussi le vésicatoire doit-il être abandonné, au cas de pneumonie primitive ou secondaire, surtout quand la fonction urinaire est déjà compromise, qu'il y ait ou non albuminurie. Un cas de pneumonie grave à forme ataxo-dynamique, que je viens de traiter efficacement par les bains froids, sans autre médication, m'engage une fois de plus à délaissier l'usage du vésicatoire dans des circonstances analogues.

En résumé, toute maladie infectieuse revêtant les formes graves, dites malignes, ataxo-dynamique, etc., qu'il

s'agisse de rougeole, de scarlatine, de pneumonie, ces maladies (à moins de contre-indication) doivent être traitées par les bains froids. Ce traitement, qui jusqu'ici avait été presque exclusivement réservé à la fièvre typhoïde, doit être généralisé aux maladies infectieuses, dès que l'infection revêt certaines allures et une notable intensité; les autres médications, les autres médicaments, tout utiles qu'ils peuvent être, me paraissent secondaires; les bains froids en pareille circonstance priment toute autre médication.

La température du bain doit être proportionnée à la nature et à l'intensité du mal; mais en tout cas il ne faut pas se contenter de bains tièdes, il faut donner des bains froids, c'est-à-dire des bains dont la température oscille de 22 à 24 degrés. On peut mettre le malade dans le bain à 24 degrés, et abaisser graduellement la température du bain à 23, 22 degrés, suivant les préceptes qu'on trouvera longuement exposés au chapitre de la fièvre typhoïde.

En utilisant la photothérapie, selon la méthode employée par Finsen dans la variole, c'est-à-dire en plaçant le malade dans une chambre uniquement éclairée par des verres rouges, Chatinière<sup>1</sup> a vu se modifier favorablement plusieurs des symptômes de la rougeole: l'éruption, l'hyperthermie, la bronchite ont rétrogradé progressivement.

## § 6. RUBÉOLE

La rubéole est une fièvre éruptive plus fréquente en Allemagne qu'en France; elle est contagieuse, elle sévit parfois sous forme d'épidémies, distinctes des épidémies de scarlatine et de rougeole, elle atteint aussi bien les individus qui ont eu, ou qui n'ont pas eu la rougeole et la scarlatine, et elle ne leur confère nullement l'immunité contre ces deux maladies. Ces caractères nous engagent à admettre la rubéole comme entité morbide distincte.

1. M. Chatinière. *Presse méd.*, 10 septembre 1898 et 28 avril 1900.

**Description.** — La rubéole est une maladie du jeune âge, extrêmement rare chez l'adulte. On connaît mal la durée de sa période d'incubation ; sa période d'invasion est nulle ou insignifiante, et la rubéole paraît débiter souvent par l'éruption. L'éruption est parfois précédée d'injection de la conjonctive, d'enrouement, d'une petite toux sèche (comme la rougeole) et d'un engorgement des ganglions jugulaires et sub-auriculaires, signe qu'on a donné comme caractéristique de la rubéole, mais que j'ai noté également dans la rougeole. L'éruption envahit successivement le visage, le tronc et les membres ; elle est *polymorphe*, morbilliforme, scarlatiniforme, maculeuse et papuleuse, discrète ou confluent, rare aux mains, aux pieds, au front, forte aux joues et autour de la bouche. L'éruption disparaît après une durée de un à cinq jours ; elle laisse parfois une légère desquamation furfuracée. Les rechutes ne sont pas rares. Bien que le pronostic soit bénin, on a signalé des cas graves et des complications : broncho-pneumonie comme dans la rougeole, albuminurie et œdème comme dans la scarlatine.

D'après cette description, on voit que la rubéole ressemble pas mal à une rougeole atténuée, ou à une rougeole associée à la scarlatine. Doit-elle être confondue avec la roséole saisonnière décrite par Trousseau ? Cette roséole, dit Trousseau, est une fièvre éruptive, quelquefois épidémique (Frank), probablement contagieuse, qui n'est en rien la rougeole modifiée, qui n'est pas accompagnée comme elle de catarrhe oculaire, nasal ou bronchique, et qui n'expose pas le malade à toutes les complications de la fièvre morbillieuse. Les symptômes de la période d'invasion durent deux ou trois jours (frissons, mal de tête). L'éruption diffère de celle de la rougeole, les taches sont plus pâles et plus distinctes les unes des autres ; elles donnent lieu à de vives démangeaisons *ardentes* et *prurientes* (Vogel) ; elles ne font aucune saillie et sont de courte durée.

Je pense, pour ma part, qu'il y a une roséole saisonnière, telle que l'ont décrite Frank, Vogel et Trousseau : il y a également une rubéole dont les caractères distinctifs

ne sont pas encore nettement tracés ; il y a enfin des associations des fièvres éruptives (scarlatine et rougeole) qu'il ne faut pas confondre avec la roséole et avec la rubéole.

#### § 7. SUETTE MILIAIRE

**Étiologie.** — La *suette* ou *suette miliaire* est une maladie infectieuse, endémo-épidémique, probablement d'origine microbienne, qui se manifeste par des sueurs abondantes accompagnées d'éruption et de symptômes nerveux<sup>1</sup>. Elle n'est pas inoculable, elle est contagieuse ; elle ne confère pas l'immunité, elle peut passer de la mère au fœtus, qu'elle tue ou qui naît vivant, et qui naît, dans des cas très rarement observés jusqu'ici, atteint de la maladie,

La suette atteint indistinctement tous les âges, elle apparaît à toute époque de l'année, sous forme d'épidémies précédées de cas sporadiques qui sont comme les graines de l'épidémie. L'épidémie prend donc toujours naissance dans un foyer endémique qui parfois est presque latent, et, de là, elle envahit des contrées qu'elle n'avait pas encore visitées. Quand la suette se développe dans une région qui n'en avait jamais subi les atteintes (région vierge et non vaccinée), elle y éclate avec une étonnante puissance de diffusion ; des centaines d'individus sont pris en même temps. L'épidémicité atteint son apogée en huit jours, puis elle décroît. L'extension des épidémies n'a point de règle ; tantôt le foyer épidémique se localise à une région, tantôt il se diffuse un peu comme la grippe. Dans ce siècle la suette a plusieurs fois sévi sur la France, les dernières épidémies sont celles de l'Hérault (1865) et du Poitou<sup>2</sup> (1888).

**Description.** — La durée de l'incubation peut être très

1. On ne peut actuellement classer cette maladie ; elle n'a de rapport avec aucune autre maladie infectieuse ou toxique ; c'est avec les fièvres éruptives qu'elle est encore le mieux à sa place.

2. Thoinot. *Rev. de méd.*, mars, mai, juin 1889.

courte : vingt-quatre heures, ou même moins. On décrit à la suette miliaire trois périodes : invasion, éruption, desquamation.

*Invasion.* — La maladie débute quelquefois avec des prodromes, tels que malaise, céphalalgie, frissons, chaleur, accès d'oppression, vomissements, épistaxis, quintes de toux, mais habituellement les sueurs éclatent d'emblée comme symptôme de début. Ces *sueurs* sont si abondantes qu'elles ont valu à la maladie sa dénomination<sup>1</sup>; elles pénètrent tous les objets de literie, elles traversent les matelas, elles n'ont ni odeur spéciale ni caractère critique, et elles n'apportent au malade aucun soulagement. La soif est ardente, l'urine est rare et dense, la constipation est la règle.

Souvent les sueurs sont *paroxystiques*. L'accès de sueur est surtout fréquent la *nuit*; il est annoncé par une sensation d'angoisse, de dyspnée, avec constriction à l'épigastre et au pharynx, palpitations, tendance à la défaillance, anxiété terrible qui fait redouter au malade une mort prochaine. La fin de l'accès sudoral ne donne qu'un bien-être relatif, car les autres symptômes, la céphalée, les crampes, les soubresauts des tendons, persistent en dehors des accès. La journée est relativement plus calme, mais la nuit, tout le cortège des terribles symptômes reparait, et avec eux l'insomnie, les cauchemars, le délire. Cette douloureuse période d'invasion dure de 2 à 4 jours; la température peut atteindre et dépasser 40 et 41 degrés.

*Éruption.* — Du deuxième au quatrième jour de la maladie, au milieu de picotements, de fourmillements et de recrudescence des symptômes nerveux, l'éruption apparaît. L'éruption est formée de deux éléments, l'exanthème et la *miliaire*. Quand l'exanthème fait défaut, la miliaire est *blanche*, et analogue aux vésicules des sudamina. C'est l'exanthème qui fait la miliaire *rouge*. Cet exanthème est, suivant le cas, morbilliforme, scarlatiniforme, hémorrhagique, purpurique; il varie avec les épidémies. La miliaire

1. N. Guéneau de Mussy, *Clin. méd.*, t. II, p. 612.

est constituée par des vésicules transparentes, fort petites, qui dans quelques cas se réunissent et forment des bulles (miliaire bulleuse).

L'éruption miliaire débute par le cou, par la partie antérieure du tronc, gagne le dos et les membres, surtout le poignet (bracelet miliaire) et respecte généralement le visage. Elle se fait en plusieurs poussées, et dure en moyenne cinq à sept jours. Pendant cette période les symptômes généraux perdent leur intensité, la fièvre tombe, puis commence la période de desquamation.

*Desquamation.* — La desquamation de la suette miliaire revêt plusieurs formes; elle est furfuracée, ou en collerette (autour des vésicules desséchées) ou scarlatiniforme, à larges lambeaux épidermiques; elle dure trois ou quatre semaines. A cette période apparait la *polyurie*, véritable signe de guérison.

La maladie dure de sept à quatorze jours. La convalescence est habituellement longue et pénible, même dans les formes bénignes de la suette. La gravité de la suette varie suivant les épidémies et suivant les sujets; ici, comme dans toutes les maladies épidémiques, il y a des cas bénins et des cas graves, parfois aussi les symptômes du début revêtent une telle violence que la mort peut survenir dès les premiers jours au milieu d'accidents cérébraux, délire, coma (forme maligne précoce) ou à une période avancée de la maladie (forme maligne tardive). Dans quelques circonstances, des hémorrhagies apparaissent et doivent faire craindre un redoutable pronostic. Il n'est pas rare que la suette s'associe à d'autres maladies, fièvres paludéennes, fièvres éruptives, typhus.

Les épidémies de suette miliaire sont souvent précédées ou accompagnées d'épidémies de rougeole, de scarlatine; souvent même la rougeole et la suette paraissent être associées. Je dis « paraissent », car dans la majorité des cas il s'agit non pas d'une association de deux maladies, mais d'une *suette à forme rubéolique*<sup>1</sup>.

1. Hentang. *Suettes à forme rubéolique*. Th. de Paris, 1888.

On ne confondra pas la suette miliaire, véritable entité morbide, avec les *sudamina* qui apparaissent à titre d'épiphénomène dans le cours de plusieurs affections.

La *médication* tonique est la mieux appropriée : l'usage de la quinine est indiqué si la fièvre prend des allures périodiques.

### § 8. DENGUE

**Étiologie.** — « La dengue est une maladie fébrile, épidémique, contagieuse ou transmissible, caractérisée par une éruption cutanée polymorphe et souvent diffuse, par des douleurs articulaires et musculaires très intenses, rhumatoïdes et courbaturales, par une évolution cyclique en quatre périodes dont la dernière ou convalescence est assez souvent longue et difficile. » (Mahé<sup>1</sup>.)

Cette affection, que je classe, faute de mieux, avec les fièvres éruptives, a pour berceau la zone intertropicale; elle y occupe deux foyers principaux : l'un en Amérique, limité d'une part à la zone des États-Unis située au sud de Boston, d'autre part au Pérou et au Brésil; l'autre sur les côtes baignées par l'Océan Indien, et la mer Rouge (Inde, sud de la Chine, Tonkin, Mozambique, Arabie, Égypte). Indépendamment de ces deux foyers, la dengue existe à l'état endémo-épidémique depuis 1845 en Tripolitaine et depuis 1861 en Syrie (de Brun<sup>2</sup>). En 1889 l'Asie Mineure tout entière, la Turquie et la Grèce ont été visitées par elle. Chacune de ces épidémies est remarquable par le grand nombre d'individus qu'elle frappe, par la brusquerie de son apparition, et par la facilité avec laquelle la maladie s'installe à l'état épidémique sur la contrée nouvellement atteinte.

La dengue sévit sans distinction de sexe, de race, d'âge, de condition sociale; les animaux eux-mêmes lui payeraient

1. Mahé. Art. DENGUE, *Dict. encyclop. des sc. méd.*

2. De Brun. *Rev. de méd.*, août 1889.

un tribut. Elle est contagieuse par l'air; mais le micro-organisme qui lui donne naissance n'est pas encore connu. Langhlin a trouvé dans le sang de petits éléments sphériques auxquels il rattache une influence pathogène; la bénignité de cette maladie n'a pas permis de poursuivre ces recherches à l'examen des viscères.

**Symptômes.** — Dans les pays intertropicaux, la dengue a souvent un début brusque, *soudain*, qui immobilise le malade à l'endroit où il se trouve et qui l'oblige à se faire transporter chez lui. Dans la zone tempérée, le début est moins brutal; pendant quelques heures le malade se sent mal en train, il se plaint de céphalalgie, d'insomnie, il a de la répugnance à se mouvoir, puis éclatent les *douleurs* caractéristiques de l'affection, douleurs insupportables qui prennent à la fois ou séparément la tête, le tronc et les membres. La céphalalgie, symptôme souvent dominant, occupe le front, l'arcade sourcilière et les tempes; elle s'accompagne parfois d'endolorissement pénible du cuir chevelu et de douleurs dans l'orbite ou dans les muscles moteurs des yeux et élévateurs des paupières. Les douleurs lombaires s'exagèrent par la marche, diminuent au contraire par le repos au lit. Aux membres les manifestations douloureuses occupent surtout les *genoux* ou leur voisinage; elles atteignent les muscles plus que les articulations (de Brun<sup>1</sup>).

Ces douleurs musculaires peuvent d'ailleurs envahir toutes les parties du corps, et dans certaines épidémies ce sont elles qui prédominent. Dans d'autres épidémies au contraire, le gonflement des jointures, des gaines tendineuses, des mains et des pieds sont les symptômes dominants.

Du côté de l'appareil *digestif* on observe constamment la perte de l'appétit, des nausées, des vomissements et une soif intense qu'aucune boisson ne peut calmer; le ventre est légèrement ballonné, mais souple, la constipation est la

1. De Brun. *Mal. des pays chauds*, t. I, p. 138.

règle, la rate n'est pas tuméfiée; mais le foie est quelquefois congestionné, les téguments prennent alors une teinte subictérique.

L'anéantissement est très prononcé et oblige les malades à s'aliter dès le premier jour. Tout mouvement, tout effort intellectuel est pénible ou impossible.

Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, quelquefois plus tôt, apparaît une *éruption*<sup>1</sup> variable comme aspect et comme distribution; elle est en effet comparable à celle de la rougeole, de la rubéole, de la scarlatine, de l'urticaire, ou bien elle est franchement papuleuse. Souvent d'un rouge vif, l'éruption n'est jamais ecchymotique. Elle persiste habituellement trois ou quatre jours, mais elle peut disparaître au bout de vingt-quatre à trente-six heures, rarement elle se prolonge une semaine. Chez certains malades on observe, dès le début, une éruption fugace qui, après quelques jours, est suivie de l'éruption caractéristique. En disparaissant, ces éruptions sont remplacées par une *desquamation* tantôt rubéoliforme, tantôt scarlatini-forme, accompagnée de vives démangeaisons.

La *fièvre* est presque constante (le thermomètre varie entre 39° et 41°); mais elle tombe au bout de deux à trois jours et cette chute s'accompagne souvent de phénomènes critiques (diaphorèse, diarrhée, épistaxis). A part quelques furoncles et abcès, quelques manifestations délirantes ou convulsives chez les enfants, les complications de la dengue, telles que épistaxis, adénites, orchites, sont exceptionnelles et passagères. De Brun rejette les manifestations cardiaques qui auraient été observées par Zuelzer, Dunkby, etc.

Cette affection, essentiellement protéiforme (gastrique, rhumatismale, céphalalgique, éruptive, fébrile ou apyrétique), est suivie d'une *convalescence* toujours très longue et en désaccord apparent avec la brièveté et la bénignité de la période fébrile de la maladie; elle peut du reste être entrecoupée de *rechutes*. Les *récidives* de la dengue ne sont pas rares.

1. De Brun. *Acad. méd.*, 6 août 1895.

**Diagnostic.** — La multiplicité des formes de la dengue explique le grand nombre de maladies avec lesquelles elle peut être confondue; mais c'est surtout avec la *grippe* que l'erreur est fréquente; l'absence de manifestations du côté de l'appareil respiratoire, la fréquence des éruptions comparée à leur rareté dans la grippe, la desquamation et les démangeaisons consécutives, la bénignité de la maladie, permettront en général de faire le diagnostic.

La notion d'épidémicité, la grande contagiosité de la dengue, la brusquerie du début, la guérison rapide, sont autant d'éléments que l'on ne retrouve ni dans la *fièvre typhoïde*, ni dans l'*embarras gastrique fébrile*.

Les douleurs lombaires, musculaires, articulaires même, peuvent faire penser à quelque manifestation rhumatismale (*lumbago*, *sciaticque*, *rhumatisme articulaire aigu*); mais là encore l'anéantissement rapide, les éruptions, la desquamation et autres symptômes de la dengue ne se retrouvent pas.

L'intensité de la céphalalgie du début, comparable à celle de la *méningite aiguë*, peut parfois prêter à confusion, surtout s'il existe en même temps de la fièvre, de la constipation et des vomissements, mais l'éruption et la rapidité de la guérison lèveront vite les doutes.

La forme fébrile se distingue de la *scarlatine* par l'absence ou le peu d'importance des manifestations palato-pharyngées; de la *rougeole* par la brusquerie de son début et l'absence de manifestations thoraciques; de la *rubéole*, par l'absence d'engorgement des ganglions jugulaires et subauriculaires, et par la rareté de l'angine; l'erreur de diagnostic avec la *variole* peut être commise au début, mais elle est en général de courte durée, il en est de même du *typhus exanthématique*.

**Traitement.** — Dans les cas légers, le repos au lit, la diète, un laxatif, suffisent généralement. Si la maladie est intense, il faut prescrire des boissons gazeuses acidulées, des grogs; de la glace s'il existe des vomissements. Le sulfate de quinine ne réussit pas à faire tomber la fièvre et

aurait l'inconvénient de produire des bourdonnements. Contre l'insomnie le chloral sera prescrit; pendant la convalescence, les amers, le quinquina, le fer, aideront à hâter la guérison.

## CHAPITRE II

### MALADIES TYPHOÏDES

#### § 1. FIÈVRE TYPHOÏDE

**Historique.** — Sous la dénomination de *fièvre typhoïde*, de *dothiëntérie* (Bretonneau), de *typhus abdominal*, on comprend aujourd'hui toutes les variétés d'une même espèce nosologique que les anciens auteurs avaient décrite sous le nom de fièvre putride (Stoll), fièvre maligne nerveuse (Huxham), fièvre putride hémorrhagique, ataxique, ataxo-adyamique.

C'est au commencement du siècle que les progrès de l'anatomie pathologique permirent de réunir en un seul faisceau ces différentes variétés, qu'on avait considérées jusque-là comme des espèces distinctes. Dès lors la classification des fièvres entra dans une nouvelle voie.

En 1804, Prost, dans un ouvrage intitulé : *la Médecine éclairée par l'ouverture des corps*, avait bien signalé l'inflammation et les ulcérations qu'on rencontre à l'autopsie des sujets morts de fièvre ataxique, putride, maligne, etc.; mais, pour lui, ces lésions n'étaient autre chose que le résultat d'un excès de phlogose intestinale, cause de la mort. Cette fausse interprétation enfanta la doctrine de Broussais.

En 1811, Petit et Serres, dans leur traité de la *fièvre entéro-mésentérique*, se rapprochèrent de la vérité en éta-

blissant la spécificité des lésions intestinales, mais ils commirent deux erreurs : l'une fut de croire qu'il existe trois variétés de fièvre entéro-mésentérique, la simple, la boutonneuse, l'ulcéreuse, sans voir que l'aspect de la lésion varie avec l'époque de la maladie; l'autre fut de supposer que la lésion intestinale est toute la maladie.

Bretonneau (1820) est le premier qui ait rigoureusement décrit la lésion intestinale, et qui ait nettement établi les rapports qui existent entre la maladie et la lésion. Il posa la question de *spécificité* et il réunit dans une même espèce morbide, qu'il nomma *dothiëntérie* (δοτιήν, bouton, έντερον, intestin), toutes les variétés éparses décrites avant lui. Alors parurent les travaux de cette pléiade d'hommes illustres, de Trousseau<sup>1</sup>, de Louis<sup>2</sup>, d'Andral, de Bouillaud, qui jetèrent un si vif éclat sur notre médecine française, et la fièvre typhoïde prit définitivement la place qu'elle occupe aujourd'hui dans la nosographie médicale.

La découverte du *bacille typhogène* (Eberth) est venue affirmer la spécificité de cette maladie et donner aux doctrines de Bretonneau et de Trousseau une éclatante confirmation.

**Symptômes.** — Ici, comme pour les fièvres éruptives, je vais choisir pour type de ma description une fièvre typhoïde normale et d'assez forte intensité, me réservant de revenir plus tard sur les formes spéciales et sur les complications multiples de cette grande pyrexie toxi-infectieuse.

a. *Début.* — *Période d'ascension.* — Habituellement l'invasion de la fièvre typhoïde est précédée d'une période qui dure plusieurs jours, une semaine, deux semaines, et que quelques auteurs décrivent comme une période prodromique : le sujet, encore sans fièvre, ou n'ayant que quelques manifestations fébriles incomplètes ou passagères, se plaint d'une lassitude dont il ne peut s'expliquer la cause;

1. Bretonneau et Trousseau. De la dothiëntérie. *Arch. gén. de méd.*, 1826.

2. *Recherches sur la maladie connue sous le nom de fièvre typhoïde.* Paris, 1829.