

INTRODUCTION

A

L'HISTOIRE CLINIQUE DES FIÈVRES LARVÉES

INTRODUCTION

A

L'HISTOIRE CLINIQUE DES FIÈVRES LARVÉES

L'observation et l'expérience pour
amasser les matériaux, l'induction et
la déduction pour les élaborer, voilà
les seules bonnes machines intellec-
tuelles.

F. BACON.

La première règle d'une bonne classification, a écrit Victor Cousin, est d'être complète. On peut reprocher à la distribution méthodique des *maladies paludéennes*, telle qu'elle est présentée actuellement dans tous les traités de pathologie, de ne point répondre à cette nécessité scientifique. Non seulement elle est incomplète; mais elle a encore le grave défaut de manquer de précision et d'exactitude.

Prenons, comme exemple, les fièvres pernicieuses. Les auteurs n'indiquent pas leurs caractères distinctifs, et il semble que ce soit surtout leur issue funeste qui permette de les diagnostiquer, ce qui est loin de satisfaire la raison et d'affermir l'autorité médicale.

C'est d'une manière tout arbitraire que se trouvent réunies en un faisceau certaines maladies, d'origine palustre, revêtant des formes excessivement graves et entraînant presque toujours la mort, d'où leur dénomination de *pernicieuses*.

« Tout en critiquant, dit Hirtz, la base purement symptomatique, adoptée par la plupart des observateurs; tout en exprimant le vœu de voir asseoir cette classification sur les bases de la physiologie pathologique; tout en désirant enfin nous avancer dans cette dernière direction, les matériaux qui sont à notre disposition et les éléments de notre propre expérience, nous paraissent insuffisants pour arriver dès à présent à une détermination rationnelle et complète. »

Voilà où en est la science, à l'heure présente, d'après l'auteur de l'article du *Nouveau dictionnaire de Médecine et de Chirurgie* que l'on peut considérer comme le résumé des connaissances actuelles.

Il y a donc une lacune importante à combler. C'est le but que je me suis proposé et que j'espère avoir atteint en indiquant au chapitre des fièvres pernicieuses le moyen de reconnaître ces maladies dès le début. Au lieu d'être pris au dépourvu comme cela arrive d'habitude, le médecin pourra désormais constater le danger en temps utile, pour le combattre avec des chances réelles de succès.

Quant à la classe des *fièvres larvées*, si l'on s'en rapporte aux auteurs, elle renferme des maladies *sans fièvre*, telles que des névralgies, des douleurs, des troubles fonctionnels isolés, quelquefois des spasmes et des tics convulsifs, puis encore des ophthalmies et des pneumonies. C'est là une doctrine en contradiction avec les faits cli-

niques. Il est d'abord inexact que ces maladies soient apyrétiques et on est en droit de se demander par suite de quelle aberration de langage on en est arrivé à les désigner sous une appellation si trompeuse et si contraire à leur nature.

« Ces maladies, dit Grisolle, ne devraient pas, à la rigueur, être appelées *fièvres* puisque nul phénomène pyrétique ne les accompagne. Cependant l'usage a prévalu de leur donner le nom qu'elles portent et il faut le leur conserver car il indique les liens intimes qui les rattachent aux fièvres intermittentes. »

En réalité, ces maladies méritent bien leur dénomination, attendu qu'elles s'accompagnent toujours de fièvre.

Dans certains cas ce symptôme morbide peut être très léger, et passera même inaperçu à un examen superficiel et peu attentif; mais il sera toujours appréciable au thermomètre qui constitue le seul critérium sérieux en cette matière.

Quant à moi, en effet, je n'ai jamais rencontré un seul cas, de ces prétendues *fièvres larvées*, qui ne s'accompagnât d'une augmentation de température de un à deux degrés, au minimum.

M. le professeur Jaccoud, lui-même, reconnaît avoir constaté dans deux cas de névralgies faciales à type tierce régulier une élévation de six à neuf dixièmes, au moment de l'accès, alors qu'aucun phénomène subjectif ou objectif ne révélait l'état de fièvre. C'est donc par suite d'un défaut d'observation, qu'on en est arrivé à considérer ces maladies comme apyrétiques.

Mais là où l'erreur devient plus fâcheuse, c'est qu'en constituant cette classe d'affections bénignes et à peine

fébriles, on a cru devoir éliminer une série de maladies graves et franchement pyrétiques, appartenant cependant à la même famille. Leur différence symptomatique a fait supposer qu'elles n'avaient point une même origine, ni une même nature, et on les a rangées parmi les diverses maladies inflammatoires.

Nous avons acquis la conviction que pour rester d'accord avec l'observation clinique, il faut rétablir la classe des fièvres larvées, comme il convient de le faire d'après la dénomination même qui leur a été attribuée. En effet, d'une façon générale, les fièvres larvées doivent être considérées comme des maladies toujours fébriles, qui, ayant la même origine que les fièvres intermittentes et se guérissant par les mêmes moyens, se dissimulent, se masquent (*larva-masque*) et cachent leur véritable nature sous des apparences trompeuses qui, le plus souvent, les laissent méconnaître. On arrive ainsi à former une classe naturelle très importante et renfermant des variétés presque infinies.

Il ne faut pas oublier que le poison paludéen, au lieu d'engendrer des fièvres intermittentes simples ou des fièvres pernicieuses, peut par suite d'anomalies encore inexpliquées donner naissance à des troubles fonctionnels plus ou moins persistants, revêtant les formes les plus diverses et simulant à peu près toutes les maladies. Par exemple, les fièvres larvées prendront aussi bien les apparences d'un léger malaise, d'un simple coryza ou d'une névralgie que d'une pneumonie, d'une fièvre typhoïde ou d'une méningite.

Voilà ce qu'enseigne la clinique. On comprend aisément combien est défectueuse une classification qui

n'admet que les trois sortes suivantes de maladies palustres :

1^o Les fièvres intermittentes dont le diagnostic est en général facile ;

2^o Les fièvres pernicieuses qui tuent rapidement et ne se reconnaissent guère qu'après la mort ;

3^o Les fièvres larvées qui sont des affections légères et sans fièvre proprement dite.

Il résulte de cette énumération que le médecin observant au lit du malade une pneumonie, avec fièvre intense et présentant des symptômes graves mais non perniciox toutefois, ne pourra songer à rapporter cette maladie à l'une des trois variétés indiquées, puisque les symptômes ne concordent avec aucune d'elles. Le praticien sera donc obligé, pour établir un diagnostic, de faire comme les organiciens qui s'efforcent de rattacher toutes les maladies à la lésion d'un organe. Pour être conséquent avec lui-même et les doctrines admises, il attribuera la fièvre et tous les accidents à l'inflammation du poumon, et instituera une thérapeutique qui aura exclusivement pour but de combattre la lésion locale.

Si, comme cela n'arrive que trop souvent, la maladie a une issue fatale, il cherchera à se l'expliquer par l'intensité de l'inflammation et se consolera en pensant avoir fait tout ce qui était humainement possible. Sa conclusion sera que le cas était au-dessus des ressources de l'art !

Quels ne seraient pas ses regrets, s'il se doutait que le malade a succombé par suite de son erreur ; parce qu'il n'a pas su reconnaître qu'il s'agissait là d'une infection de toute l'économie par le poison paludéen ; que la lésion locale ne jouait qu'un rôle tout secondaire ; que c'est la fièvre,

c'est-à-dire l'élévation thermique qui a entraîné la mort, et enfin qu'il avait à sa disposition un moyen sûr, héroïque, on peut presque dire infallible de sauver la vie de son malade, s'il avait su diagnostiquer la véritable cause des accidents. C'est là malheureusement un de ces cas qui se présentent fréquemment. Nombre de décès dont on donne l'explication à l'aide de diagnostics plus ou moins fantaisistes, sont dus en réalité à des fièvres larvées méconnues.

La pneumonie et la méningite, par exemple, qui tiennent une si large part dans les statistiques nécrologiques, ne sont bien souvent que des formes revêtues par la fièvre larvée. Au sujet de ces deux maladies, on doit faire cette remarque du plus haut intérêt qu'elles marchent presque toujours de pair. L'examen des bulletins indique une concordance frappante entre les décès attribués à l'une et à l'autre. Il est donc permis de se demander si le principe paludéen qui engendre, à des époques déterminées, les épidémies de fièvres intermittentes, ne donne pas naissance, en même temps, à des fièvres larvées pneumoniques et méningitiques, puisqu'il y a un rapport manifeste dans l'évolution de ces diverses affections.

Elles apparaissent par poussées périodiques ou plutôt saisonnières, puis se ralentissent et disparaissent en même temps. Quand le nombre des fièvres intermittentes augmente, il en est de même des pneumonies et des méningites et inversement. Si l'on veut bien admettre cette vérité clinique, que la pneumonie et la méningite aiguës, *simples*, sont deux maladies dont la première se guérit presque toujours spontanément et la seconde est absolu-

ment rare, il y a lieu d'être surpris du chiffre relativement élevé des décès qu'elles entraînent chaque année. Ainsi, en 1885, on a enregistré pour Paris 4,208 décès par pneumonie et 2,090 par méningite. Il va sans dire que les méningites tuberculeuses ne sont pas comprises dans ce chiffre. Il est très vraisemblable qu'il y a là erreur d'attribution et que la majeure partie de ces décès est due en réalité à des fièvres larvées non reconnues.

Ce qui caractérise de prime abord ces maladies, c'est la soudaineté, la gravité et aussi la bizarrerie des accidents. Un sujet en pleine santé est brusquement atteint de malaise, de frissons, de fièvres. L'état de maladie dure quelques heures; le calme se rétablit. On croit que *cela ne sera rien*. Le lendemain ou le surlendemain les mêmes accidents reparaisent, mais cette fois avec plus d'intensité. On appelle alors le médecin, qui, après examen minutieux, découvre une lésion quelconque, par exemple un point de congestion pulmonaire. Du coup son diagnostic est établi. Il déclare que le malade est atteint d'une fluxion de poitrine. Il institue le traitement classique: vésicatoire, émétique, kermès, digitale, etc. Peu de temps après tous les symptômes s'amendent. On constate une détente générale et une amélioration sensible qui laissent croire à l'efficacité de la médication et à un rétablissement prochain. Malheureusement une rechute ne tarde pas à enlever ces illusions, et, après une série d'alternatives semblables, le malade succombe. Tout cela se passe en un délai de huit à quinze jours.

Cependant, au cours de cette maladie, le médecin est souvent frappé de l'intensité de la fièvre qui est hors de proportion avec le peu d'importance ou d'étendue de la

lésion qu'il a constatée. Il ne s'explique pas davantage ces rechutes extraordinaires survenant sans causes appréciables. A défaut de raisons plausibles, il les attribue à un manque de soins, à quelque refroidissement.

De même, toutes les personnes qui entouraient ou connaissaient le malade sont étonnées de la marche bizarre et de la terminaison rapide de cette affection dont le médecin n'a pas soupçonné la gravité, puisqu'à chaque période de rémission, il considérait le mal comme enrayé, laissait croire à la guérison et berçait chacun d'un espoir qu'il partageait lui-même.

Il reste dans la pensée de chacun, la conviction intime qu'il y a eu quelque chose d'anormal dans cette maladie. Combien de fois les faits se passent-ils ainsi? Combien de fois des sujets robustes, auxquels une excellente constitution et une santé sans atteinte semblaient présager un long avenir, sont-ils ravis de cette façon, en quelques jours, à l'affection de leurs parents et de leurs amis. Des exemples semblables ne sont pas rares. Pour ma part, j'ai recueilli des faits nombreux qui ne me laissent aucun doute sur l'extrême fréquence de ces fièvres larvées et sur les conséquences fatales qu'elles entraînent dans une foule de cas par suite d'erreurs de diagnostics et de défaut de traitement.

Dans la première enfance, les fièvres larvées prennent surtout la forme méningitique. La confusion avec la méningite aiguë est si facile, que presque toujours on diagnostique cette dernière maladie qui explique tout naturellement la fièvre, le délire et la mort. Toutefois, comme l'inflammation des méninges ne naît pas spontanément et exige pour se produire des causes graves, le médecin restera

hésitant, s'il ne découvre point dans les antécédents du malade, une insolation, une chute, un fait étiologique quelconque auquel il puisse avec quelque vraisemblance attribuer les accidents.

La plupart du temps, il ne trouvera point ce qu'il cherche, mais comme les symptômes répondent exactement à ceux de la méningite et qu'il se trouve en présence de délire, vomissements, cris aigus incessants, paralysie des yeux, convulsions, etc., son hésitation cessera bientôt, et, à défaut d'une cause bien manifeste, il fera intervenir le tubercule! Et sa conclusion sera que l'enfant se meurt d'une méningite tuberculeuse!

C'est là une des fâcheuses conséquences de la tendance que l'on a à localiser les maladies et à les rattacher à la lésion matérielle d'un organe. Malgré l'opinion de Legendre qui prétend que la méningite tuberculeuse survient souvent au milieu d'un état de santé florissant, il faut reconnaître qu'en général, il en est autrement, et que cette maladie qui d'ordinaire s'accompagne de symptômes antécédents du côté du poumon, suit une marche lente, insidieuse, donnant longtemps à l'avance l'éveil aux médecins et aux parents sur les dangers de la situation.

Or, lorsque la veille, ou quelques heures même avant le début des accidents, un enfant était plein d'entrain, de gaieté, de fraîcheur, prétendre sans autre preuve qu'il est tuberculeux, c'est vouloir en quelque sorte s'illusionner et porter un faux diagnostic pour le besoin de la cause. C'est ce qui arrive trop fréquemment dans le cas de fièvre larvée méningitique. On suppose des tubercules là où il n'y en a pas.

C'est ainsi que dans certaines contrées marécageuses,

de malheureuses familles venant à perdre successivement de beaux enfants dont la santé inspirait toute quiétude, on finit par croire qu'elles sont entachées d'un vice héréditaire, qui condamne les enfants dès leur naissance à une fin prématurée.

En réalité, il ne s'agit ici, le plus souvent, que de fièvres larvées, graves, qui, sous le masque de la méningite aiguë, tuent de pauvres petits êtres dont les existences eussent été sauvées, si la véritable nature du mal avait été reconnue. Ce n'est point à dire que je veuille nier les ravages trop certains de la méningite tuberculeuse. Cette terrible maladie n'est hélas! que trop répandue dans les classes nécessiteuses. Je tiens seulement à insister sur les dangers d'un diagnostic ne reposant pas sur des données précises, et à établir, qu'en thèse générale, lorsque les symptômes démentent ou même ne confirment pas suffisamment l'existence d'une maladie que l'on croit reconnaître, il y a tout intérêt en médecine à garder une prudente réserve et à ne point chercher la preuve de ce que l'on désire trouver dans des hypothèses plus ou moins fallacieuses. On s'expose à des diagnostics erronés, à une mauvaise thérapeutique, à de tristes déceptions.

Dans le cas, par exemple, de méningite aiguë, si les antécédents et les prodromes n'indiquent point les tubercules, il ne faut pas gratuitement leur attribuer les accidents, à défaut d'une cause étiologique satisfaisante et sous le prétexte que la méningite n'étant pas simple, puisqu'on ne découvre pas la cause provocante, doit être forcément tuberculeuse. Il est plus sage de reconnaître que le cas est anormal, de chercher, et on arrivera ainsi à poser le diagnostic de la fièvre larvée.

Cette anomalie — j'insiste essentiellement sur ce point — est un des éléments distinctifs de cette classe de maladie. Lorsqu'un enfant en pleine santé et sans motifs appréciables, ainsi que je l'ai développé plus haut, est atteint de fièvre, de délire et d'accidents qui menacent de devenir mortels, on doit tout d'abord songer à une fièvre larvée et chercher à en établir le diagnostic d'après les principes que je formule plus loin. Autrement on s'expose, si la maladie a une heureuse issue, à croire à la guérison d'une méningite tuberculeuse. De temps à autre des observations de ce genre sont publiées de très bonne foi. Ce ne sont à mon sens que des erreurs cliniques, qu'il faut combattre et éclairer, car, si la fièvre larvée méningitique peut se guérir spontanément, comme toutes les fièvres larvées, en revanche je considère la méningite tuberculeuse comme entraînant toujours la mort quelle que soit la thérapeutique employée, du moins quant à présent.

Mais possède-t-on un moyen de reconnaître les fièvres larvées et existe-t-il un traitement capable de les guérir? Ce moyen et ce traitement appartiennent désormais à la pratique médicale, et mon but en publiant ce traité est justement de les indiquer et d'en développer tous les motifs. Je les considère l'un et l'autre comme ayant une grande valeur. Je leur dois de beaux succès cliniques et thérapeutiques et je puis, d'après mon expérience, affirmer que tous mes confrères qui admettront les principes de diagnostic que j'ai établis et qui se régleront pour la médication à suivre d'après la méthode qui me sert de guide, obtiendront les mêmes heureux résultats.

En publiant cet ouvrage, qui constitue le résumé de ma pratique, ma pensée n'est point de donner le jour à une

théorie pure. La guérison du malade est le seul objet qui me tienne et m'absorbe. Tout en cherchant à interpréter les phénomènes physiologiques observés, j'expose avant tout ce que j'ai vu et je cherche à traduire en quelque sorte ce que j'ai lu dans le livre de la nature, c'est-à-dire au lit du malade.

C'est là en effet que le médecin pratiquant s'instruit réellement, découvre des vérités nouvelles et parfois même rectifie les interprétations erronées des faits scientifiques. S'il veut examiner les choses, sans parti pris, s'il est doué de quelque intuition et s'il possède ce qu'on appelle si bien le tact médical, il peut arriver à élucider des points demeurés obscurs aux yeux des maîtres les plus savants.

En face du malade, les difficultés sont les mêmes pour tous. Il faut résoudre vite et bien un problème qui comporte souvent de nombreuses inconnues. Le succès appartient à celui qui a le plus de sagacité et qui sait le mieux observer et expliquer les phénomènes cliniques. C'est ainsi que de simples praticiens doués du talent d'observation, deviennent d'excellents thérapeutes et recueillent de précieuses richesses cliniques qu'ils ont le tort de ne point publier, car tout le monde en profiterait, médecins et malades. Mais ils sont, la plupart du temps, retenus par une modestie exagérée, et par cette idée fautive, qui tend cependant à diminuer, que tout progrès clinique et thérapeutique est en quelque sorte l'apanage du corps enseignant. C'est une erreur préjudiciable au progrès puisqu'en fait d'art médical, les raisonnements les plus scientifiques ne conduisent pas toujours à des solutions utiles.

Toutes les découvertes en médecine ne sont en effet que l'œuvre du hasard et de l'observation; elles appartiennent

à ceux qui cherchent à interpréter avec un esprit lucide et compétent des phénomènes qui jusque-là étaient restés sans signification apparente et avaient semblé n'avoir qu'une valeur relative. Chacun de nous doit donc apporter sa pierre à l'édifice. C'est la meilleure preuve à donner du désir que l'on a de travailler pour le bien de l'humanité.

Je suis animé du plus ardent désir de voir mes confrères mettre à profit l'expérience que j'ai acquise et puiser dans les faits cliniques que j'ai rapportés, des enseignements leur permettant de toujours reconnaître une fièvre larvée et d'instituer le traitement approprié, c'est-à-dire le seul capable d'amener et d'assurer la guérison. J'ai le bon espoir qu'ils pourront, en suivant mes données, sauver l'existence de quelques-uns de leurs malades, comme j'ai eu le bonheur de le faire pour un certain nombre des miens. Le médecin ne peut pas rêver une plus intime et plus complète satisfaction.

DOCTEUR ALBERT TARTENSON

Paris, juillet 1887.