

trouverait constamment groupés, dès le premier ou dès le deuxième jour de la maladie, quatre caractères dont la réunion constituerait le vrai signe caractéristique de l'état typhoïde. Ces symptômes seraient : 1° la stupeur ; 2° la dilatation des pupilles ; 3° la pulvérulence ou l'enduit brunâtre de l'intérieur des narines ; 4° le gargouillement iléo-cæcal. Ces phénomènes ne me semblent pas aussi constants au début que le pensait Delaroque ; je crois notamment qu'ils manquent dans la plupart des cas légers, et dans grand nombre d'autres qui n'ont qu'une intensité moyenne. Après le premier septénaire, cependant, il est rare que le diagnostic soit encore incertain ; car si l'on n'avait ni les taches, ni le météorisme, ni la stupeur, ni les épistaxis, ni les hémorrhagies intestinales, on devrait néanmoins, en considération seule de la *durée de la fièvre*, présumer qu'on a affaire à l'affection typhoïde. En effet, c'est avec beaucoup de raison que, dans sa *Pathologie générale*, Chomel établit qu'une fièvre aiguë qui persiste au delà du huitième jour, et qui, jusqu'à cette époque, après des explorations méthodiques et répétées, n'a présenté aucun signe local d'une phlegmasie assez intense pour l'expliquer, doit être rapportée à la maladie typhoïde, du moins dans notre climat et dans le cours accoutumé de notre état sanitaire. L'examen du sang peut, en outre, aider à déterminer la cause du mouvement fébrile : si, en effet, celui-ci est symptomatique de quelques phlegmasies, on observera aussitôt une augmentation considérable de la fibrine ; tandis que nous avons vu que, dans les pyrexies simples, ce principe n'augmente jamais, qu'il reste souvent en quantité normale, ou qu'il diminue parfois (Andral).

L'âge des malades est encore un élément précieux de diagnostic. Nous verrons, en effet, bientôt que la fièvre typhoïde n'affecte presque jamais les individus au delà de cinquante ou soixante ans : aussi lorsqu'à cet âge on constate un appareil symptomatique pouvant indiquer l'affection des plaques de Peyer, on devra, avant d'admettre celle-ci, rechercher plutôt dans la souffrance de quelque organe profond, et surtout dans la poitrine, la cause de l'état typhoïde qu'on observe. Quel que soit d'ailleurs l'âge des sujets, il est impossible, pour peu qu'on soit attentif et instruit, de confondre pendant longtemps l'état typhoïde tenant à l'altération des plaques de l'intestin et celui qui est symptomatique de quelque phlegmasie viscérale ; car, grâce aux progrès qu'a faits dans ce siècle le diagnostic des affections locales, on ne peut rester longtemps incertain sur la cause des symptômes adynamiques qu'on observe. Les maladies qui simulent le mieux la forme adynamique de la fièvre typhoïde sont les phlegmasies thoraciques, la péritonite, surtout celle qui affecte les femmes en couches, la phlébite, la morve aiguë, les phlegmasies des voies urinaires, le choléra asiatique dans sa période de réaction. Mais on verra, à la description que je ferai de chacune de ces maladies, comment on pourra éviter l'erreur si l'on a égard à l'âge des sujets, aux circonstances dans lesquelles on observe, aux symptômes concomitants, à la marche de la maladie, et surtout aux phénomènes fournis par l'exploration des organes.

Dans la fièvre typhoïde ataxique, lorsque surtout les malades ont un délire violent, un grand nombre de personnes méconnaissent l'affection et admettent l'existence d'une phlegmasie des méninges et du cerveau. Mais cette erreur, qui peut avoir les plus funestes résultats, ne pourra être commise que dans les cas fort rares où l'on n'aurait aucune espèce de renseignements sur les antécédents des malades, lorsque la plupart des symptômes de la fièvre typhoïde manquent, et que le délire est survenu prématurément dès le premier jour de la maladie. Cependant, avec de l'attention, on pourra presque toujours établir le diagnostic différentiel par la comparaison des symptômes et par la marche

différente que suivent la fièvre typhoïde et les phlegmasies encéphalo-rachidiennes : c'est ce que j'exposerai plus tard en traitant des affections méningées.

Plusieurs fois j'ai vu une bronchite capillaire prédominer tellement dès les premiers jours, que la fièvre typhoïde était d'abord méconnue. En analysant avec soin les phénomènes, on peut éviter une erreur, qui néanmoins est rarement préjudiciable au malade, car le péril principal, ou du moins le danger le plus prochain, étant dans l'affection des bronches, c'est contre elle d'abord qu'il faut diriger tous les efforts de la thérapeutique, sans trop se préoccuper de la maladie principale. (Voy. *Bronchite capillaire*.)

Nul doute que la tuberculisation aiguë généralisée et même que la phthisie pulmonaire à marche très-rapide ne puissent parfois simuler, du moins pour quelques instants, une fièvre typhoïde. Mais c'est là un point de diagnostic différentiel que nous étudierons aux articles consacrés aux *tubercules en général* et à la *phthisie pulmonaire*.

Nous montrerons plus tard, en traitant de l'entérite, qu'il est impossible de confondre la fièvre typhoïde avec l'inflammation intestinale, du moins chez l'adulte ; tandis que, dans le jeune âge, l'entérite intense offre quelquefois tant de ressemblance avec la forme grave de la fièvre typhoïde, qu'il peut devenir difficile d'établir le diagnostic différentiel des deux affections.

Pronostic. — Le pronostic de la fièvre typhoïde est toujours grave. Quelque bénigne que soit la maladie, *il est impossible de prédire si son issue sera bonne ou mauvaise* ; car on ne doit jamais oublier que, dans les cas les plus simples et les plus bénins, et pendant que tout ferait supposer une heureuse terminaison, la perforation intestinale peut nous surprendre et tuer le malade en quelques heures. Cet accident formidable, que rien ne peut nous faire prévoir, empêchera toujours un médecin prudent d'établir sans restriction un pronostic favorable, même dans les cas où les symptômes généraux et locaux sembleraient y autoriser le plus. Mais, indépendamment du caractère propre de la maladie, il existe encore quelques circonstances particulières, telles que des conditions d'âge ou bien certains symptômes, qui doivent aussi modifier le pronostic.

Si le *sexe* n'exerce aucune influence manifeste sur l'issue de la maladie, il n'en est pas de même de l'*âge* des sujets. Des faits nombreux ont aujourd'hui démontré que la fièvre typhoïde était très-meurtrière dans l'enfance, puisque, à cet âge, elle emporte quelquefois, soit par elle, soit par ses complications, plus du quart des sujets (Rilliet et Barthez) : M. Barrier pourtant n'indique qu'une mortalité d'un dixième. Quoi qu'il en soit, l'affection est surtout grave dans les cinq premières années de la vie. De quinze à vingt ans, elle paraît faire beaucoup moins de victimes qu'à tous les autres âges. De vingt à quarante ans, le degré de mortalité, quoiqu'un peu plus considérable que précédemment, ne varie pas beaucoup, tandis qu'au-dessus la proportion des morts semble augmenter.

Les sujets débilités par une nourriture insuffisante ou par des chagrins prolongés, les hommes d'une constitution très-affaiblie, sont ceux chez lesquels la maladie offre généralement le plus de gravité. Cependant il importe de dire que si chez un sujet cacochyme on doit se montrer plus préoccupé de l'issue que peut avoir l'affection, il ne faudrait pas d'une manière générale baser trop son pronostic sur le plus ou moins de force de la constitution, car rien de plus commun que de voir les individus les plus vigoureux être emportés, tandis que de beaucoup plus faibles résistent. On croit (et je pense que c'est avec raison) que l'état puerpéral est une circonstance aggravante ; cependant Cazeaux, s'appuyant sur quelques faits peu nombreux encore, et partant insuffisants, a soutenu, dans son *Traité d'obstétrique*, que la fièvre typhoïde survenant dans

les premiers jours qui suivent l'accouchement, était moins grave que dans les autres conditions.

L'influence des *saisons* sur la mortalité n'est pas encore bien établie. D'après Chomel, la lenteur de l'invasion serait une circonstance défavorable.

Parmi les symptômes ou les accidents qui donnent de la gravité au pronostic, il faut citer un *météorisme* considérable, les *selles involontaires*, le *muguet*, moins commun ici que dans les maladies chroniques. Parmi les troubles cérébraux, le *délire* est toujours une circonstance aggravante; mais il constitue surtout un signe fâcheux lorsqu'il survient dès le début de la maladie, et qu'il est assez violent pour nécessiter l'usage de la camisole de force. Le *coma*, lorsqu'il est permanent, et les *soubresauts des tendons*, sont aussi des symptômes très-fâcheux; mais, quelque graves qu'ils soient, ils n'indiquent pas une mort à peu près certaine, comme le font les *convulsions*, la *roideur tétanique* des membres, la *dysphagie* par paralysie du pharynx et le *facies hippocratique*. La *surdité*, même complète, n'est pas un signe aussi funeste qu'on le croit généralement. Si on lui a donné une gravité qu'il n'a point, c'est parce qu'on le considérait comme étant purement cérébral, tandis que nous avons prouvé que la surdité n'était presque toujours qu'une conséquence de l'otite. La *fréquence extrême du pouls*, ou bien son *ralentissement* succédant tout à coup à une grande fréquence, et sans une amélioration concordante dans les autres symptômes, est un signe du plus fâcheux augure.

Toutes les *formes* de la maladie sont dangereuses; mais les formes *adynamique* et *ataxique*, et celle dernière surtout, sont celles qui comportent le plus de gravité.

Toutes les complications ajoutent nécessairement à la gravité de la maladie. Presque tous ceux qui sont affectés de *pneumonie* ou de pleurésie intercurrente succombent promptement; il en est de même de ceux qui présentent vers l'un et l'autre poumon cette forme de congestion que nous avons décrite sous le nom de *splénisation*; la bronchite capillaire est aussi une complication sérieuse, mais elle fait pourtant moins de victimes que les précédentes. Lorsque les signes de *perforation intestinale* ont lieu, il faut à peu près désespérer du salut des malades, je dis à peu près, parce que la mort n'a pas lieu fatalement, mais les cas de guérison, observés quelquefois dans le cours d'une vie médicale très-active, sont trop rares pour pouvoir modifier la gravité du pronostic. Les hémorragies intestinales constituent également un signe fâcheux, mais cependant dans les hôpitaux on voit guérir plus de la moitié des individus qui ont présenté cet accident; en ville, la proportion des guérisons est plus grande encore, parce que les malades étant mieux surveillés, on est averti des hémorragies faibles, qui passent souvent inaperçues à l'hôpital. La formation d'*eschares*, surtout au *sacrum*, est une circonstance très-aggravante; j'en dirai autant de l'*érysipèle de la face*, qui, quelque bénin qu'il soit en apparence, trahit néanmoins un état des plus graves. On voit, en effet, succomber au moins la moitié de ceux qui offrent cette complication.

La marche de la maladie peut être aussi un élément de pronostic. Chomel a dit avec raison que lorsque, après une courte rémission, on voit reparaître les symptômes avec autant ou plus d'intensité qu'auparavant, le pronostic doit être grave: la maladie a presque toujours alors une issue fatale. Les rechutes sont également plus fâcheuses que la maladie première.

Étiologie de la fièvre typhoïde. — La fièvre typhoïde est une des maladies les plus communes et qui, peut-être, atteint à divers degrés la majeure partie de l'espèce humaine. La recherche des causes prédisposantes et occa-

sionnelles de la maladie a été faite dans ces derniers temps avec beaucoup de soin: voici les résultats principaux qu'on a obtenus.

1° *Age.* — Il résulte des faits consignés dans les ouvrages de Chomel et de M. Louis, que la maladie a son maximum de fréquence de dix-huit à trente ans, et qu'elle est rare au-dessus de quarante; ces auteurs ne l'ont jamais vue après cinquante-cinq ans. Cependant la maladie peut se montrer chez des individus beaucoup plus âgés. Je l'ai observée deux fois chez des hommes de soixante et soixante-cinq ans; le diagnostic certain, dans les deux cas, a été vérifié une fois par l'autopsie. MM. Lombard et Fauconnet, de Genève, rapportent (*Gazette médicale*, 1843) que sur un relevé de 1000 malades atteints de fièvre typhoïde, on en comptait 5 qui avaient de cinquante à soixante ans: ils citent même un septuagénaire qui, succombant à une période avancée de la maladie, présenta la lésion caractéristique des ganglions et des plaques.

Dans l'enfance, la fièvre typhoïde est commune; c'est ce qu'ont prouvé les recherches de MM. Barrier, Taupin, Rilliet et Barthez. On voit, en effet, par les travaux de ces auteurs, que l'affection dont nous traitons est surtout fréquente de neuf à quatorze ans; qu'elle l'est moins de cinq à huit, et qu'elle est tout à fait rare dans les premières années de la vie. Cependant on en a observé des exemples dès les premiers mois de l'existence: j'ai guéri une fièvre typhoïde qui s'était développée chez un enfant âgé de quelques mois; et un fait communiqué à la Société de médecine d'Indre-et-Loire, par notre ami Charcellay, semble prouver que la fièvre typhoïde peut même atteindre l'enfant dans le sein maternel.

2° *Sexes, constitutions, professions et conditions sociales.* — On ne sait rien de positif sur la prédisposition exercée par le sexe, par les professions et par les conditions sociales.

On a dit pourtant que dans l'enfance la maladie sévissait plus sur les garçons que sur les filles, et atteignait ceux qui étaient le mieux développés et avaient les apparences de la meilleure constitution, mais il n'y a à ce sujet rien de bien rigoureux. On ignore aussi si quelque profession y prédispose plus que d'autres; il en est de même des conditions sociales. La fièvre typhoïde ne respecte aucune des classes de la société. On sait positivement que la misère rend communément l'affection plus grave et augmente la proportion de la mortalité, mais on ignore absolument la part qu'elle a dans le plus ou moins de fréquence de la maladie.

3° *Constitution, état antérieur.* — On sait que le plus ou moins de force de la constitution a peu d'influence sur la mortalité, mais on ignore si elle en exerce une sur la fréquence de la maladie. Il est un fait digne d'être signalé ici, c'est que contrairement à ce qui a lieu pour beaucoup d'autres maladies et surtout pour les fièvres éruptives, l'affection typhoïde survient presque toujours primitivement, car chez l'adulte, comme dans le jeune âge, on ne la voit presque jamais atteindre des convalescents; c'est ce qui explique pourquoi il est si rare de la voir éclater à l'hôpital chez des individus qui y ont été traités pour toute autre affection.

4° *Changement d'habitudes, acclimatement.* — MM. Petit et Serres, Louis et Chomel, ont démontré que le plus grand nombre de fièvres typhoïdes qu'on observait dans les hôpitaux de Paris sévissait sur des sujets arrivés des provinces, et non encore acclimatés. Cela porterait à penser que le changement d'habitudes, de climat, de nourriture, constitue une prédisposition puissante pour la production de la maladie; cependant la fièvre typhoïde est une maladie qui ne respecte personne, et que nous voyons sévir ici avec une égale fréquence chez les indigènes comme chez les étrangers.

5° *Encombrement*. — M. Piorry croit que l'encombrement est une circonstance qui, à elle seule, peut développer l'affection; rien ne le démontre. Contrairement à ce que nous verrons pour le typhus, la fièvre typhoïde éclate, en effet, chez des sujets placés dans les meilleures conditions hygiéniques. Mais si l'altération de l'air qui résulte de l'encombrement est sans influence pour développer la maladie, du moins cette cause la rend généralement beaucoup plus grave.

6° *Climats, saisons, localités*. — Nous ne savons rien de précis sur l'influence des climats, si ce n'est que la maladie règne dans tous les pays de l'Europe, et qu'elle est même assez commune dans l'Amérique du Nord, sans l'être cependant autant qu'à Paris. Elle se présente partout avec les mêmes phénomènes symptomatiques; partout aussi elle est caractérisée par les mêmes lésions anatomiques, et reconnaît la plupart des causes prédisposantes dont nous avons constaté les effets à Paris. La fièvre typhoïde est-elle inconnue dans certains pays? La chose est possible; le docteur Guilbert dit, par exemple, que cette maladie ne se rencontre jamais sur tout le plateau des Cordillères (1).

Les saisons sont sans influence manifeste; les épidémies de fièvre typhoïde règnent, en effet, indistinctement à toutes les époques de l'année.

Dans ces derniers temps, M. Boudin a avancé que les localités marécageuses se faisaient remarquer par la *rareté relative* de la fièvre typhoïde; mais cette opinion ne doit être regardée, jusqu'à présent du moins, que comme une simple assertion; car les documents réunis par l'auteur dans le XXXIII^e volume des *Annales d'hygiène* ne me semblent pas avoir une valeur suffisante.

7° *Causes occasionnelles*. — On a pendant longtemps accusé le froid, les privations, la misère, toutes les causes débilitantes, comme ayant la plus grande part dans la production de la maladie. Cependant les recherches de Chomel, celles de M. Louis, ont prouvé que toutes ces causes avaient été admises assez gratuitement. S'il est vrai que parfois la maladie succède immédiatement à quelque cause occasionnelle, dans la grande majorité des cas pourtant elle survient d'une manière tout à fait spontanée, c'est-à-dire que la cause qui la provoque nous échappe entièrement.

8° *Contagion*. — La généralité des médecins, surtout à Paris, pensent que la fièvre typhoïde n'est pas contagieuse. Ils fondent leur opinion : 1° sur le grand nombre de personnes qui s'exposent impunément à la contagion; 2° sur ce que dans nos hôpitaux on ne voit pas l'affection se transmettre aux autres malades, quoique beaucoup d'entre eux couchent dans des lits voisins de ceux qu'occupent des individus atteints de la fièvre typhoïde; mais ces objections ne sont que spécieuses. Si, en effet, beaucoup de personnes peuvent soigner impunément des fièvres typhoïdes, cela prouve que la contagion de cette maladie n'atteint pas nécessairement tous ceux qui s'y exposent. Si dans les hôpitaux on ne voit pas la maladie se propager de lit en lit, cela n'a rien de si extraordinaire, puisque nous voyons qu'il en est à peu près de même pour plusieurs maladies manifestement contagieuses, comme la rougeole, par exemple, qui se propage rarement dans nos hôpitaux d'adultes, et cela très-probablement parce que la plupart ont eu déjà la maladie dans le jeune âge; c'est ce qui a lieu peut-être aussi pour la fièvre typhoïde, que nous savons être très-commune chez les enfants. Thirial a remarqué en outre, et cela avec beaucoup de raison, que la fièvre typhoïde n'affectant guère que des individus bien portants, ne survenant jamais comme maladie intercurrente, devait par cela même frapper très-rarement un convalescent. Mais que prouvent des faits né-

(1) Thèse de Paris, année 1862, n° 162.

gatifs, lorsque la science possède déjà un si grand nombre d'observations qui démontrent la réalité de la contagion?

Bretonneau, le premier en France, a rapporté beaucoup de faits recueillis dans des villages ou dans de petites villes (*Archives*, 1829), qui prouvent sans réplique la transmission de la maladie par contagion. Les résultats obtenus pendant l'épidémie qui sévit à l'école de la Flèche, en 1826, méritent surtout d'être connus et médités. La fièvre typhoïde régnait à la Flèche et dans le collège; quatre pensionnaires ayant succombé et les *caractères anatomiques de la maladie ayant été constatés avec soin*, l'école fut évacuée. Parmi les élèves qui furent renvoyés chez leurs parents, il y en eut vingt-neuf qui furent gravement affectés de la même maladie, et huit la communiquèrent à plusieurs des personnes qui les soignèrent. On cite surtout un de ces élèves qui, à Versailles, transmit la maladie à sa sœur, celle-ci à sa femme de chambre, cette dernière à une amie qui vint la visiter. Cependant il fut bien constaté que la fièvre typhoïde ne régnait pas à Versailles avant l'arrivée des pensionnaires de la Flèche. Un grand nombre d'autres exemples de transmission de fièvre typhoïde par contagion ont été vus par MM. Leuret à Nancy, Mistler et Ruef dans le département du Bas-Rhin, par MM. Putégnat à Lunéville, par le professeur Forget à Strasbourg, par M. Patry à Liguil, par MM. Lombard et Fauconnet à Genève, par M. Féron à Bayeux, par M. Castilla à Neufchâtel, etc. Mais les observations les plus concluantes en faveur de la contagion ont été faites par le docteur Gendron, de Château-du-Loir. Ce médecin a prouvé, dans son beau travail sur les *Épidémies des petites localités*, inséré dans les deux premières années du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, que la fièvre typhoïde pouvait être transmise *directement* par le contact immédiat des malades, ou bien par le séjour dans les mêmes lieux, *indirectement* ou à la suite des rapports médiats avec les individus qui approchent les malades, ou pour avoir touché aux effets qui ont servi à ces derniers. Le même auteur a prouvé que ces quatre modes de contagion étaient, quant à leur fréquence, dans une proportion successivement décroissante; que la contagion agissait en raison de la fréquence des communications et du nombre des malades, indépendamment de l'insalubrité des lieux et de la misère des habitants; que la maladie, rarement transmissible dans les quinze premiers jours, devenait surtout dans le troisième et le quatrième septénaire, jusque dans la convalescence; qu'il y avait une période d'incubation qui pouvait n'être que de vingt-quatre heures, tandis que d'autres fois elle se prolongeait pendant quinze jours; que dans la plupart des cas cependant elle ne dépassait pas huit jours. Enfin Gendron a démontré, d'une manière incontestable, l'immunité qu'acquéraient les individus qui avaient été atteints une première fois de la maladie.

Plus récemment, un autre médecin des départements, le docteur Piedvache, de Dinan, a soutenu également la doctrine de la contagion dans un excellent travail couronné par l'Académie de médecine (1). Il croit que la maladie se transmet par l'infection des lieux, par le séjour prolongé dans la chambre où repose le malade; il suppose qu'une maison contenant plusieurs sujets atteints peut bien devenir un foyer de contagion pour les habitations voisines; mais, contrairement à Gendron, il ne pense pas qu'une personne ayant été en contact avec un malade puisse aller en infecter un autre.

Quoi qu'il en soit, les faits exposés par les docteurs Gendron et Piedvache sont importants; ils ont été observés par des hommes instruits et habiles; ils

(1) *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, t. XV, année 1850.

méritent par conséquent toute notre confiance. Il n'est donc plus permis aujourd'hui de révoquer en doute la transmission de la fièvre typhoïde par contagion. Celle-ci, il est vrai, n'est pas aussi évidente à Paris qu'en province, parce que dans cette métropole, comme dans toutes les grandes villes, il est difficile de suivre les traces de la contagion. Ne voyons-nous pas, en effet, tous les jours, des individus être pris de variole, de rougeole ou de scarlatine, sans que nous puissions dire où et comment ils les ont contractées? Et cependant ces maladies n'ont guère pu survenir que par le fait de la contagion. La question que nous discutons ne peut être étudiée que dans les petites localités, où tout le monde se connaît, où le même médecin, voyant tous les malades à plusieurs lieues à la ronde, peut suivre pas à pas le début et le mode de propagation des maladies. M. Piedvache croit que si l'on constate plus souvent la contagion en province qu'à Paris, cela tient aux conditions hygiéniques, à l'insalubrité des lieux, au défaut d'aération, et parce que de nombreux individus séjournent habituellement et longtemps dans l'atmosphère non renouvelée du malade.

Il résulte de ce qui précède que la fièvre typhoïde est contagieuse : aussi la prudence veut-elle que, lorsque la maladie éclate dans une famille, on éloigne du foyer du mal les individus qui, ne l'ayant pas eue encore, seraient, par leur âge, plus particulièrement prédisposés à la contracter. Mais, tout en reconnaissant que la fièvre typhoïde est contagieuse, il faut admettre aussi qu'elle l'est à un moindre degré que beaucoup d'autres maladies, telles que les fièvres éruptives, par exemple. Nous croyons en outre que, contrairement à ce qui a lieu pour ces dernières, le développement de la fièvre typhoïde est beaucoup plus spontané que l'effet de la contagion, proposition que Gendron semble contester.

Caractère épidémique. — La fièvre typhoïde, qui règne sporadiquement dans notre pays, atteint parfois un si grand nombre d'individus, qu'elle prend alors le caractère épidémique. Nous ignorons absolument quelles sont les conditions qui agissent pour généraliser ainsi la maladie; il en est de même de presque toutes les épidémies, dont les causes, comme on le sait, sont occultes. En admettant que la contagion puisse contribuer à multiplier la maladie, je crois néanmoins que cette cause est insuffisante pour expliquer le grand nombre d'individus atteints.

La vaccine a-t-elle rendu la fièvre plus commune qu'autrefois? — C'est là une opinion ridicule qui ne pourra jamais être acceptée par un médecin quelque peu instruit. La pratique nosocomiale nous montre tous les jours des individus non vaccinés qui contractent la fièvre typhoïde, et d'autre part des sujets convalescents à peine de cette dernière affection sont atteints de varioles plus ou moins graves.

Traitement. — Si l'on a lu avec quelque attention l'histoire que j'ai tracée précédemment de la maladie, on aura de la peine à comprendre qu'on ait pu conseiller un mode uniforme de traitement applicable à tous les cas, à toutes les formes et à toutes les périodes de l'affection; qu'on ait pu, par exemple, prescrire exclusivement les toniques et les stimulants, les antiphlogistiques et les saignées chez les individus dont la faiblesse est extrême, le pouls petit et dépressible, comme chez ceux dont les forces sont moins prostrées et dont le pouls est large et résistant; c'est cependant ce qui a lieu. Beaucoup de médecins, voyant en effet, dans la fièvre typhoïde, une affection *spécifique*, ont voulu lui opposer une médication également spécifique, ou du moins une thérapeutique uniforme, qui fût en rapport avec la nature supposée de la maladie : c'est ce qu'on verra dans les lignes qui suivent.

Médication antiphlogistique. — De tout temps la méthode antiphlogistique

a compté quelques partisans, elle fut même plusieurs fois employée sans mesure, notamment dans le siècle dernier, par Botal et par Chirac; aujourd'hui, presque tous les médecins français n'ont recours aux émissions sanguines qu'exceptionnellement et toujours avec réserve : telle était la pratique de Chomel, qui conseillait une saignée et rarement deux. M. Louis s'est déclaré également partisan des saignées modérées; faites dès le début, il les regarda comme pouvant diminuer la mortalité et abrégé la durée de l'affection. Il s'est élevé avec force contre la pratique de M. Bouillaud, qui, de tous les médecins modernes, est celui qui emploie le plus libéralement les émissions sanguines, puisqu'il retire parfois à ses malades jusqu'à 2 kilogrammes et demi de sang. M. Louis, dans la deuxième édition de ses *Recherches sur la fièvre typhoïde*, a prouvé, par l'analyse rigoureuse qu'il a faite des observations de M. Bouillaud, que la mortalité, après l'emploi des saignées abondantes, était plus considérable que ce médecin ne l'affirmait. Aussi M. Louis a plus qu'un autre contribué à mettre en garde contre les dangers d'une méthode qui, depuis vingt-cinq ans, n'a pas beaucoup compté de prosélytes.

La saignée dans la fièvre typhoïde ne convient qu'exceptionnellement, elle ne sera faite que lorsque l'indication en sera précise, c'est-à-dire dans la forme inflammatoire, ou lorsqu'une congestion ou une phlegmasie la réclamera impérieusement. Mais même alors faudrait-il procéder avec une extrême réserve.

Il est communément préférable de tirer le sang par la lancette; cependant, si le ventre, et surtout si la fosse iliaque était le siège d'une douleur très-vive, il serait convenable de faire une application de sangsues dans ce point. Nous ne voyons aucune utilité de mettre celles-ci à l'anus, comme le font encore quelques médecins; cette pratique aurait même beaucoup d'inconvénients dans beaucoup de cas. On a vu souvent, en effet, lorsque les évacuations sont involontaires, les piqûres, irritées sans cesse par le contact des matières fécales et de l'urine, se transformer en pustules douloureuses, puis s'ulcérer ou se gangrener.

S'il convient d'être sobre d'émissions sanguines dans la fièvre typhoïde qui atteint les jeunes gens et les adultes, à plus forte raison il doit en être de même aux autres périodes de la vie; les médecins éclairés ont été à peu près unanimes pour reconnaître que chez les enfants il est rare d'obtenir quelques bons effets de la saignée. Les travaux de MM. Rilliet, Barthez et Taupin tendraient même à prouver que les émissions sanguines dans le jeune âge ont pour inconvénient d'aggraver les symptômes nerveux, et de favoriser les complications en débilitant trop les malades. On devra donc s'abstenir de ce moyen chez les enfants, n'y recourir que très-exceptionnellement chez ceux qui sont robustes et dont la maladie n'a pas encore dépassé le premier septénaire.

Médication contro-stimulante. — Dans l'histoire que je viens de tracer de la médication antiphlogistique, je n'ai rien dit, à dessein, de la méthode contro-stimulante par le tartre émétique, conseillée par Rasori, et dont il paraît avoir fait un heureux emploi pendant la fièvre pétéchiiale de Gènes. Mais il est impossible de juger cette méthode d'après les vagues indications qu'on trouve dans l'ouvrage de Rasori : personne après lui n'a, que je sache, suivi les mêmes errements; d'ailleurs Rasori a bien moins traité à Gènes des fièvres typhoïdes que le véritable typhus.

En 1840, sur les indications du docteur Broqua, médecin à Plaisance, on a expérimenté à Paris le sulfate de quinine, dont on donnait 2, 4 et 6 grammes par jour. Mais les résultats qu'on a obtenus n'ont pas été de nature à encou-