

guée, par ses critiques ardentes, à faire l'opinion. Pour lui en vertu d'une longue expérimentation, pour la plupart de ses confrères en vertu d'une confiance de seconde main, hydrothérapie est devenue synonyme de réaction. Timorés à l'endroit d'une médecine à laquelle ils n'assistent pas, les médecins tendent de plus en plus à réserver la cure par l'eau froide, comme les bains de mer, pour aviver les convalescences indécises ; pour réhabiliter les constitutions appauvries sans affection définie ; ce n'est plus que le complément ou l'épilogue d'un autre traitement. Dans des cas encore moins favorables, l'hydrothérapie est un expédient ultime à l'usage des paralytiques incurables où, n'attendant que peu du remède, on se contente des moindres résultats. La paralysie ne se modifie pas parce qu'elle est passée à l'état d'infirmité ; cependant la santé générale se rassérène et on finit par conclure que la méthode ne peut pas davantage. J'ai dit et je répète que le D<sup>r</sup> Fleury a rendu un signalé service en écrivant son *Traité*, mais le temps ne semble pas venu où la graine semée soit mûre pour porter fruits. Il faut encore attendre que les modificateurs physiques aient accès dans l'enseignement des écoles et qu'un vulgarisateur indépendant leur assigne, dans la thérapeutique classique, la place à laquelle ils ont droit.

(*Archives générales de médecine*, 1866.)

## DU TRAITEMENT DES MALADIES AIGUËS PAR L'EAU FROIDE.

Depuis que la thermométrie est devenue non pas une des utilités mais une des nécessités de l'observation médicale, la thérapeutique, toujours en quête des indications, s'est rattachée à cette source d'informations nouvelles.

Il est d'expérience que chaque innovation pathologique ouvre la voie à une médication, mais il est également vrai qu'elle éveille l'espérance d'une rénovation complète dans le traitement toujours si hasardeux des maladies.

Les variations de la température, renfermées dans d'étroites limites, obéissant à des règles précises et posées d'emblée par Wunderlich, ne pouvaient-elles pas, en donnant la mesure du trouble apporté à la santé, servir aussi à mesurer les actions médicamenteuses ? Si l'élévation de la température est le critérium de l'intensité fébrile des affections aiguës, le problème ne doit-il pas se poser en ces termes : Tout agent qui abaisse la température et la rapproche du type normal est le remède des pyrexies ?

Mon intention n'est pas d'examiner ici la valeur réelle de cette théorie plus instinctive peut-être que réfléchie et qui conduirait logiquement à substituer le thermomètre à tous les moyens d'investigation clinique, si les médecins n'avaient pas la sage habitude d'abandonner les théories à mi-route. J'ai voulu seulement réunir quelques documents et, en attendant les enseignements définitifs de l'avenir, exposer les résultats obtenus par une thérapeutique exclusivement fondée sur la thermométrie.

Depuis que le mot inflammation a été adopté, et il remonte aux premiers temps de la médecine, les praticiens ont accepté le sens métaphysique du mot avec toutes ses conséquences. L'idée d'une surélévation de température poussée jusqu'à la combustion appelait comme corollaire une thérapeutique antiphlogistique, c'est-à-dire l'emploi des moyens propres à réduire la chaleur. Cette donnée, qui s'est perpétuée d'âge en âge, d'école en école, n'a jamais cessé de dominer l'art et la science. Le progrès de nos connaissances a permis de remplacer une aspiration confuse mais vivace par des notions plus rigoureuses. Ce n'en est pas moins un fait bon à constater que, scientifique ou empirique, la médecine ne s'est pas départie de cet objectif traditionnel.

Currie est le premier qui, prenant le principe à la lettre, ait opposé méthodiquement le refroidissement comme remède unique à l'élévation de la température dans les maladies aiguës. Son livre (*Medical report on the effects of water, cold and warm, as a remedy in fever and febrile diseases*) est encore un exemple à suivre et un modèle à citer. L'étude des exacerbations vespérines, celle de l'abaissement de la température à la suite d'immersions plus ou moins froides, de la durée de cet abaissement et de son influence sur la marche des pyrexies, est le thème sur lequel on n'a fait après lui que des variations. Les règles qu'il posait en 1797 ont gardé leur valeur, et pour ma part, ce livre que j'ai lu et relu est resté le guide le plus précieux de la pratique.

L'hydrothérapie, conçue suivant les errements de Priessnitz, répondait à d'autres indications. Le paysan de Græfenberg demandait à l'eau froide une réaction plutôt qu'une action, et d'antiphlogistique la médication était, entre ses mains, devenue essentiellement stimulante. Aussi s'appliquait-elle aux affections chroniques, les seules qui s'accommodent du séjour dans des établissements spéciaux, des voyages à longue distance et de l'espèce d'entraînement sans lequel l'hydrothérapie n'est qu'une méthode de second ordre.

Brand reprit en 1861 la question au point où Currie l'avait laissée, seulement, au lieu de limiter les recherches à une épidé-

mie comme celle de Liverpool en 1786, il les étendit à la classe plus étendue et mieux définie des affections typhiques et typhoïdes.

Sa méthode, sorte de compromis entre l'hydrothérapie antiphlogistique et l'hydrothérapie moderne, comportait trois modes d'action : 1° la médication stimulante, reconstituante (*belebende*) : demi-bains courts à basse température, affusions froides de 10 à 15° C., frictions, etc. ; 2° la médication antipyrétique : bains entiers plus prolongés et à température moyenne, affusions tièdes ; 3° la médication dérivative : frictions avec la main pendant les bains, lotions et affusions ou applications locales.

Brand, comme tous les médecins de sa génération, qui se conformèrent plus ou moins à ses prescriptions, n'admettait pas un traitement réfrigérant univoque. Les indications spéciales commandaient le mode d'usage du remède. Ainsi, dans les formes ataxiques, on devait varier la température ; dans les formes adynamiques, on pouvait tenter de brusques réactions. Quelle que fût la diversité des procédés, il surnageait pour ainsi dire un certain nombre de règles invariables, applicables à toutes les espèces : celle de commencer dès le début de la maladie le traitement balnéaire ; celle de répéter les bains plusieurs fois, dans le cours de la journée et de préférence aux heures où la température s'élève momentanément ; celle de ne pas se préoccuper des malaises nerveux et surtout du frisson qui succède au bain ; celle enfin de ne recourir à l'enveloppement que faute de ressources plus actives.

Malgré les succès affirmés, la méthode de Brand fut délaissée et disparut de la pratique jusqu'au jour où des épidémies récentes de fièvre typhoïde fournirent l'occasion de reprendre l'expérience, moins comme une réminiscence que comme une nouveauté. Ce fut d'abord l'épidémie de Kiel, en second lieu celle de Bâle et d'Erlangen, puis tout dernièrement celle de Vienne. Des études analogues ont été entreprises dans presque toute l'Europe, mais comme elles portent sur des cas sporadiques, je m'abstiendrai de les mentionner. J'ai moi-même depuis

plusieurs années employé sans parti pris la méthode hydatique de traitement de la fièvre typhoïde. Opérant sur des malades isolés et représentant des formes variées de la maladie, j'ai pu mesurer plus exactement peut-être que dans le cours d'une épidémie, les avantages et les défauts d'un traitement dont je n'avais pas à défendre l'efficacité. Je n'invoque cette expérience que comme la justification des considérations très sommaires qui vont suivre.

La monographie de Liebermeister et Hagenbach (1) porte sur l'épidémie de Bâle. De septembre 1866 à décembre 1867, 339 malades atteints de typhus abdominal furent reçus à l'hôpital, en ne comprenant dans ce nombre que les cas positifs où la température prise dans le creux de l'aisselle dépassa 39° ou se maintint à ce chiffre au moins pendant trois jours. Sur 285 soumis au traitement balnéaire, la mortalité a été de 30, soit 10,5 p. 100, tandis que dans les épidémies précédentes, de 1843 à 1866, la mortalité avait oscillé entre un maximum de 30,4 et un minimum de 16,1 p. 100.

Les D<sup>rs</sup> Ziemssen et Immermann (2) ont eu à traiter à Erlangen, du 1<sup>er</sup> mai 1863 au 1<sup>er</sup> octobre 1869, 190 cas de fièvre typhoïde. 25 malades sont morts, soit 12,5 pour 400; 107 étaient réputés atteints gravement, 92 légèrement. Le traitement par l'eau froide fut appliqué à 62 malades dans des conditions assez différentes pour qu'on ne puisse pas en déduire une conclusion générale.

Le D<sup>r</sup> Götz (3) a soigné dans les salles de l'hôpital général de Vienne (service du professeur Lœbel), de janvier à la fin d'août 1871, 75 cas de fièvre typhoïde; la mortalité a été de 13, soit 15,4 pour 100. 54 furent soumis à la cure par les bains (3 décès), 31 ne furent pas baignés (10 décès).

Les chiffres sont, comme on le voit, en faveur du traitement hydrothérapique et ils constitueraient un argument irrésistible

(1) *Ueber die Anwendung des kalten Wassers*, Bâle, 1868.

(2) *Die kaltwasserbehandlung des Typhus abdominalis*, 1870.

(3) *Viertelg. f. prakt. Heilk.*, 1872.

si on ne savait de reste combien il est difficile d'instituer des statistiques médicales concluantes. J'aurai d'ailleurs à y revenir.

La méthode porte une même dénomination et repose sur des principes analogues, mais elle n'a pas été pratiquée par tous les observateurs suivant une formule identique. Les divergences si peu marquées qu'elles semblent, à première vue, ont paru si considérables aux auteurs qu'ils font des moindres détails du manuel opératoire un des éléments essentiels du succès.

Ziemssen procède d'après les données suivantes :

Le bain à température décroissante est préférable au bain froid d'emblée. Dans tous les cas où on doit se défier de la réaction, on commence par 25 à 30° cent. pour descendre plus ou moins graduellement à 24 et 22. Lorsque le malade est résistant, on peut débiter par les bains froids à 20°.

L'abaissement de la température dans un bain froid de 15 minutes peut être estimé égal à l'abaissement obtenu dans un bain à température décroissante d'une demi-heure.

Contrairement à l'habitude, le malade ne doit pas prendre son bain dans la salle où il couche.

L'affaissement du pouls qui suit tout refroidissement intense ne sera pas pris en considération, non plus que les sensations incommodes accusées par le malade, sauf le frisson. Un bain de 30 à 40 minutes tempéré détermine un abaissement de la chaleur fébrile plus prolongé qu'un bain froid de 10 à 15 minutes.

Le bain tiède est sans action utile sur la fièvre. Les affusions dans le demi-bain (procédé de Brand) sont d'une efficacité moindre que le bain simple, et très pénibles pour le malade. Les applications de linges mouillés froids, l'enveloppement général ou partiel, ne peuvent être classés qu'au dernier échelon des moyens réfrigérants.

La méthode sera usitée dès les premiers jours; plutôt on l'emploiera, plus les chances seront favorables.

Sitôt que la température atteint 40° dans le rectum, on doit recourir au bain et le renouveler quatre, cinq et même six fois

dans les vingt-quatre heures. Toutefois, les bains administrés entre six et sept heures du matin et six et sept heures du soir sont le plus activement antipyrétiques.

La règle peut se formuler ainsi : dans les quatorze premiers jours, bain à six, dix, une et six heures. Si les accidents sont menaçants, deux autres bains à neuf heures du soir et une heure après minuit, lorsque le médecin ne peut pas avoir de mesures thermométriques régulières. Si la thermométrie est possible, comme dans un service hospitalier, c'est elle seule qui doit fournir l'indication.

Les contre-indications sont à tirer, d'abord, des hémorragies intestinales, en second lieu et sous toutes réserves, des épistaxis, des perforations intestinales, des accidents cérébraux indépendants du typhus, de la crainte excessive du bain froid.

La menstruation, une bronchite intense, le collapsus pulmonaire et la pneumonie, ne contre-indiquent pas le traitement.

Liebermeister restreint l'usage des bains à refroidissement graduel aux cas où le malade est craintif ou très affaibli; hors de là, il leur préfère de beaucoup les bains froids, qu'il répète jusqu'à douze fois dans les vingt-quatre heures, soit toutes les deux heures, la nuit comme le jour. Il attribue à cette fréquence des bains l'absence d'eschares et la diminution notable du délire chez ses malades. La durée du bain varie, mais elle doit être en rapport inverse avec l'élévation de la température. Les douches, les affusions, l'enveloppement, ne peuvent être employés qu'à titre accessoire; aucun de ces procédés n'a d'action antipyrétique vraie.

Les malades sont autorisés à boire de l'eau autant qu'ils le désirent.

Dix bains ont suffi pour le traitement de 85 malades; 30 en ont pris de 100 à 200. Un seul médicament, le sulfate de quinine, a été administré, outre les bains, dans des cas particuliers graves.

Götz est d'accord en tous points avec les précédents observateurs. Il est moins hostile à l'enveloppement, partisan plus dé-

cidé des bains froids sans transition, et ne conseille pas de donner au delà de trois bains par jour en moyenne à 20°.

Les effets obtenus par la médication ont été, d'après les statistiques, tellement avantageux et si supérieurs à ceux qu'on réalise à l'aide d'autres médicaments, qu'il conviendrait de généraliser la méthode, sinon de l'adopter exclusivement. Les relevés n'ont malheureusement pas cette autorité en thérapeutique, et ils ne lèvent pas tous les doutes.

En premier lieu, l'idée mère des expérimentateurs est qu'on peut instituer un traitement absolu de la fièvre typhoïde, applicable à tous les cas, sans réserve et sans exception, combattant avec un égal succès la maladie, quelles que soient ses expressions, pourvu que la maladie s'accompagne d'une température déterminée. Ce système de curation héroïque, qui répond au type des fièvres intermittentes guérissables par le quinquina sous toutes les formes et avec tous les symptômes secondaires, est bien le plus séduisant, mais est-il également le plus vrai?

Sans entrer dans le détail des accidents multiples de la fièvre typhoïde de nos climats, je ne veux choisir qu'un exemple. Tout le monde sait qu'à la période de décroissance, avant que la convalescence franche soit entamée, il survient souvent des accès de redoublement fébrile avec élévation notable de la chaleur. On n'ignore pas davantage que les redoublements se déclarent sous la dépendance d'une constipation momentanée et qu'ils disparaissent sous la simple action d'un laxatif. Dans le cours de la maladie il se produit des accidents du même ordre qu'il y a tout profit à détourner par un traitement spécial; admettre que la fluxion pulmonaire, que les désordres nerveux cérébraux ou autres, que les troubles des fonctions digestives sont toujours proportionnés à la température, serait admettre une loi en contradiction avec les faits. Il me paraît certain, pour prendre une maladie où la surélévation de la chaleur joue encore un rôle considérable, que l'excitation délirante de la variole cède mieux à l'usage de l'opium qu'à celui des réfrigérants.

Tout médecin doit se méfier du goût instinctif aux panacées comme de la croyance aux caractères pathognomoniques des maladies. L'hydrothérapie, administrée dans les maladies chroniques, excluait à juste raison l'usage de n'importe quel remède accessoire. Presque toujours le malade ne subissait la cure qu'après avoir été soumis à des médications sans nombre, et dans bien des cas le traitement nouveau avait pour premier bénéfice de mettre un terme à des essais infructueux ou demi-productifs. Il n'en est pas de même pour les affections aiguës. La combinaison de moyens divers, répondant à des indications précisées, est sans inconvénient; il en a un aux yeux des novateurs, et celui-là je le tiens pour un avantage, c'est de tempérer l'enthousiasme en partageant les bénéfices et de substituer une oligarchie à une autocratie despotique.

La formule du traitement par la réfrigération dans la fièvre typhoïde me paraît, si j'en juge par ma propre expérience, pouvoir se formuler ainsi. Dans les cas moyens, méthode d'autant plus utile qu'elle sera moins exclusive et qu'elle sera, selon les circonstances, l'accessoire ou le principal. Dans les cas de gravité extrême où la température excède les dernières limites du possible ou tend à les dépasser, ressource préférable à toutes les autres qui d'ailleurs sont peu nombreuses, mais sujette à bien des mécomptes. En d'autres termes, mon opinion est que la balnéation doit avoir désormais sa place dans le traitement de la fièvre et des états typhoïdes aigus, mais qu'elle ne doit pas absorber la totalité de la médication. Je sais combien ces tempéraments, ces ménagements thérapeutiques manquent d'aspect et de brillant, mais je sais aussi qu'au bout d'un temps plus ou moins long, toute thérapeutique exclusive finit par s'encadrer dans la série des moyens médicamenteux et par prendre place à son rang. Pourquoi ne pas s'épargner la période transitoire des illusions par laquelle passent tous les spécifiques.

On arrive difficilement à croire que l'élévation fébrile de la température qui résulte de tant d'actes vitaux ne doive être combattue que par le refroidissement, et qu'il n'existe pas des

agents capables de mettre un frein à la précipitation tumultueuse des compositions chimiques. L'accroissement de la chaleur peut être conçu comme un résultat doublement dangereux, parce qu'il crée un surcroît d'aptitude à ces combinaisons excessives dans tous les sens: mais j'entretiens encore, je l'avoue, plus d'un doute sur la valeur d'un refroidissement passager pour réfréner la calorification.

Parmi les malades que j'ai observés, il ne s'en est pas trouvé un pour lequel le remède fût d'une activité si probante qu'on dût faire dater l'amélioration ou même la tendance à l'atténuation des symptômes graves, du jour de son emploi. J'ai vu dans des pneumonies à forme typhique l'affusion prolongée abaisser le niveau des désordres cérébraux presque instantanément, et faire ainsi dévier la maladie pour la reporter dans une meilleure voie. Dans la fièvre typhoïde où les mutations sont lentes et graduelles pendant les deux premières semaines, rien de semblable ne s'est produit. Il est vrai que les observateurs s'accordent à reconnaître qu'ils n'ont jamais réussi à couper la maladie et que le succès a consisté seulement à la mener doucement à bonne fin. Dans cette mesure, l'hydrothérapie est d'un utile service et il y a lieu d'espérer qu'elle s'introduira dans la pratique pour n'en plus disparaître. Une des propriétés généralement accordées de la médication balnéaire, c'est, outre la modération des phénomènes cérébraux, la suppression presque complète des eschares du décubitus. Sous le premier rapport, je crois que la proposition est au plus près de la vérité; sous le second, je suis moins convaincu. L'escharification est un phénomène très inconstant, commun chez les jeunes sujets et sous la dépendance de la constitution antécédente du malade, plutôt encore que de la maladie. Le malheur a voulu, mais je suis loin d'en tirer des conclusions, que les deux cas où j'ai rencontré les eschares de décubitus les plus étendus figurassent entre ceux que j'avais traités hydrothérapiquement.

Lorsque la gravité du mal me paraissait surtout dépendre de l'état des poumons, je n'ai jamais réussi à provoquer un amen-