

*Bibliothèque numérique*

medic@

**Pelletan de Kinkelin, Jules. - Jusqu'à  
quel point le diagnostic anatomique  
peut-il éclairer le traitement des  
fièvres dites essentielles**

**1844.**

*Paris : Imprimerie de  
Bourgogne et Martinet*  
**Cote : 90975**

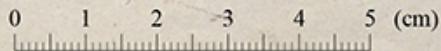
15

JUSQU'A QUEL POINT  
LE  
**DIAGNOSTIC ANATOMIQUE**  
PEUT-IL ÉCLAIRER  
LE  
**TRAITEMENT DES FIÈVRES**  
**DITES ESSENTIELLES.**

THÈSE  
PRÉSENTÉE ET SOUTENUE  
AU  
CONCOURS DE L'AGRÉGATION PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE PARIS

PAR  
**LE D<sup>r</sup> JULES PELLETAN DE KINKELIN,**  
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ,  
MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS.

PARIS,  
IMPRIMERIE DE BOURGOGNE ET MARTINET,  
RUE JACOB, 30.  
**1844.**



	JUSQU'A QUEL POINT
	DIAGNOSTIC ANATOMIQUE
JUGES DU CONCOURS.	
PROFESSEURS . . . . .	MM. FOUQUIER, <i>Président.</i> ANDRAL. BOUILLAUD. DUMÉRIL. PIORRY. ADELON, <i>Suppléant.</i>
AGRÉGÉS . . . . .	MM. A. CAZENAVE, <i>Secrétaire.</i> LEGROUX. GOURAUD, <i>Suppléant.</i>

### CONCURRENTS.

MM. CH. BARON.	MM. HARDY.
BEAU.	LEGRAND.
A. BECQUEREL.	MARROTTE.
BÉHIER.	MOISSENET.
BURGUIÈRES.	J. PELLETAN.
CAZALIS.	H. ROGER.
DELASSIAUVE.	TANQUEREL DES PLANCHES.
FAUVEL.	A. TARDIEU.
FLEURY.	VALLEIX.
GRISOLLE.	VERNOIS.
N. GUENEAU DE MUSSY.	VIGLA.

JUSQU'A QUEL POINT  
**LE DIAGNOSTIC ANATOMIQUE**  
PEUT-IL ÉCLAIRER  
**LE TRAITEMENT DES FIÈVRES**  
DITES ESSENTIELLES.

La médecine doit tendre à devenir une science exacte (BOUILAUD).

*Epigraphe de ma thèse de concours (1835).*

C'est seulement à l'époque médicale dans laquelle nous sommes arrivés aujourd'hui qu'une question de la nature de celle que nous avons à traiter a pu être posée. En effet, les progrès si nombreux, si importants des études anatomo-pathologiques, par lesquels l'école de Paris s'est, depuis les travaux de Bichat, si essentiellement distinguée des autres, étaient déjà assurément un grand progrès accompli dans l'étude des maladies. Mais ce n'était pas encore assez : un des éléments était révélé, mais un second, complément du premier, manquait encore : c'est l'époque actuelle qui l'a fourni. Nous voulons parler de l'emploi de ces procédés d'observation exacte, apportés et introduits dans l'étude des faits médicaux, de telle manière qu'aujourd'hui aucun de ces moyens ne doit être négligé par le clinicien pour arriver, dans tous les faits qu'il observe, par l'appréciation exacte de leur manifestation extérieure sensible, à la connaissance de leurs causes organo-pathologiques.

C'est dans cette voie que l'école actuelle marche, qu'elle progresse chaque jour, et qu'elle est destinée à accomplir encore d'immenses découvertes. Maintenant tous les moyens dont les sciences physiques font usage pour arriver à la

connaissance des phénomènes de la nature , sont appliqués à la découverte de toutes les notions qui peuvent éclairer les faits pathologiques. L'appréciation par tous nos sens de tous les caractères physiques des manifestations morbides qui surviennent, la mensuration , l'auscultation , la percussion , le thermomètre , le microscope , l'analyse chimique , tous ces moyens empruntés aux sciences exactes , sont aujourd'hui employés d'une manière générale , et fournissent les résultats les plus importants. C'est à l'aide de ces précieux modes d'investigation que nous espérons pouvoir arriver à élucider la question complexe qui nous est échue, et qui est conçue en ces termes :

*Jusqu'à quel point le diagnostic anatomique peut-il éclairer le traitement des fièvres dites essentielles?*

Pour procéder avec méthode dans l'examen du sujet que nous avons à traiter, nous éprouvons le besoin d'entrer dans quelques explications préliminaires succinctes, qui , en établissant la position de la question , indiqueront en même temps l'esprit dans lequel nous avons cru devoir la traiter.

Nous devons dire d'abord que ces mots *fièvres dites essentielles* ne seront pour nous qu'un intitulé mis en tête d'un certain nombre d'états morbides particuliers. Nous ne croyons devoir entrer dans aucune discussion préalable sur ces mots , qui ont été le sujet de tant de polémique depuis trente ans. On pourra suffisamment connaître notre pensée à cet égard et par la manière dont nous diviserons ces maladies, et par les détails dans lesquels nous entrerons en traitant de chacune d'elles. Ainsi , toutes réserves faites sur ce terme , que nous emploierons puisqu'il figure dans notre thèse , entrons de suite en matière , et examinons en premier lieu quels sont les états morbides que nous réunirons sous le nom de fièvres dites essentielles.

Dans l'état actuel de la science, les mots de *fièvres dites essentielles* ont un sens que certains pathologistes ont singulièrement étendu, et que d'autres ont au contraire fort restreint. Ainsi, suivant les uns, il faudrait comprendre sous ce nom et le groupe des fièvres intermittentes, soit bénignes, soit pernicieuses, et le groupe des fièvres éruptives; puis les fièvres continues graves, telles que les typhus, la fièvre typhoïde de certains pathologistes, la fièvre jaune, la peste, etc. Suivant d'autres, le champ serait encore plus étendu; il faudrait y ranger, en outre, le choléra indien, les affections charbonneuses, la morve aiguë, la fièvre lente nerveuse, etc. Quant à nous, nous ne croyons pas que toutes ces maladies tombent dans le domaine de notre question; nous ne pensons pas que le jury ait entendu agrandir ainsi d'une manière presque indéfinie notre cadre. En effet, les mots *fièvres dites essentielles* sont consacrés depuis trente ans dans les livres et dans les discussions scientifiques pour désigner les ordres de fièvres créés par Pinel, combattus par Broussais, et ramenés par lui à diverses formes de la gastro-entérite; fièvres dont M. Bouillaud a donné un *Traité ex professo*, en prenant pour titre même de son livre la même dénomination qui figure textuellement dans ma question.

Ainsi, tout en reconnaissant que les mots *fièvres dites essentielles* peuvent comprendre tous les états précédemment indiqués, nous ne parlerons ici ni des fièvres intermittentes ni des fièvres éruptives (1). Restent donc les fièvres continues dites essentielles des auteurs. Mais nous

(1) Et cela pour deux raisons: la première, c'est qu'à l'exception de Pinel, qui avait malheureusement associé les fièvres intermittentes, cette classe si naturelle d'affection, à ses ordres de fièvres graves, aucun des pathologistes d'aujourd'hui ne les comprend expressément sous le nom d'essentielles; la seconde, c'est que, parmi les questions de thèses, il en est une

croyons devoir encore élaguer de celles - ci les fièvres graves particulières à d'autres climats , telles que la fièvre jaune, la peste, etc.

Nous en retrancherons même certaines fièvres éminemment graves qui ne se développent qu'accidentellement et sous forme épidémique , et qui par cela même ne sont pas soumises à notre observation journalière : nous voulons parler du typhus épidémique des camps, des villes assié-gées , etc. Restent ainsi et définitivement comme fièvres dites essentielles que nous examinerons , la fièvre inflammatoire , la bilieuse ou gastrique , et la muqueuse, l'ady-namique , l'ataxique ou maligne.

Maintenant que nous avons fixé et restreint le cadre de nos investigations , que nous avons indiqué les états mor-bides auxquels nous devons appliquer la mesure du dia-gnostic anatomique , et sous quelles réserves nous les adop-tions , il est indispensable d'expliquer brièvement ce que nous entendons par cette dénomination.

Le mot diagnostic, de διαγνωστικός, je connais , je discerne, a de tout temps été employé pour désigner la connaissance, le discernement de la maladie. Autrefois cette connais-sance était surtout et presque exclusivement puisée dans l'examen des phénomènes généraux , des symptômes exté-rieurs ou fonctionnels qui se produisent à l'œil de l'obser-vateur. Peu à peu, et depuis que les études anatomiques et anatomo-pathologiques ont pris plus de développement, on s'est appliqué à connaître , à discerner par les phéno-mènes observés quels étaient les organes ou les systèmes d'organes affectés dans telle ou telle maladie, on a voulu approfondir les lésions organiques par l'étude des phéno-mènes qui a précisément pour objet l'altération principale dans les fièvres intermit-tentes , et que le jury n'a pas pu vouloir un double emploi. Nous en dirons autant pour les fièvres éruptives.

mènes qui coïncidaient avec elles pendant la vie. C'est ainsi qu'est né ce diagnostic positif, précis, auquel on vient de donner le nom heureux de *diagnostic anatomique*. Ainsi, en lui donnant cette épithète, on a restreint et spécifié son sens ; il est destiné alors à signifier l'appréciation pendant la vie des lésions anatomiques existant dans telle affection ; il va même plus loin dans quelques cas, et peut être appliqué au discernement de tous les changements anatomiques ou matériels qui peuvent se produire pendant la vie dans une réunion d'états pathologiques donnés : c'est l'expression physiologique de ces états, saisie et reconnue par le clinicien pendant tout le cours d'une maladie au moyen de tous les procédés d'investigation qui sont aujourd'hui en notre pouvoir.

Ceci étant bien entendu, nous aurons à examiner dans l'étude de chacune des fièvres dites essentielles :

- 1° S'il existe dans cette fièvre des lésions anatomiques ;
- 2° Par quelles manifestations symptomatiques ces lésions se révèlent, par quels moyens on peut arriver à les diagnostiquer ;
- 3° Comment et jusqu'à quel point la connaissance acquise de leur existence, ou en d'autres termes leur diagnostic anatomique, peut éclairer le traitement.

Les moyens qui sont en notre pouvoir pour arriver à la connaissance des états organo-pathologiques sont : 1° une induction raisonnée; 2° l'inspection directe; 3° la palpation; 4° la percussion; 5° l'auscultation; 6° enfin l'analyse chimique.

Disons quelques mots sur ces divers moyens d'exploration.

La position de la question semblerait restreindre le diagnostic anatomique aux connaissances acquises par les moyens physiques ou chimiques d'exploration. Cependant

les premiers de ces moyens font défaut dans certains cas; ils sont insuffisants dans d'autres. De toute nécessité il faut s'éclairer des lumières de l'induction. Ainsi la connaissance de telle altération intestinale à ses différents degrés ne peut résulter que de la comparaison des symptômes existants avec les altérations observées chez les malades sur le cadavre desquels on a pu constater ces altérations. Aucun de nos moyens physiques d'exploration ne peut nous conduire dans quelques cas d'une manière certaine et mathématique à cette connaissance. Du reste, l'induction telle qu'on peut la tirer aujourd'hui, c'est-à-dire résultant d'un grand nombre d'observations bien faites et exactes, est un procédé qui, sans avoir la rigueur d'une démonstration mathématique ou d'un procédé physique, doit cependant être pris en considération sérieuse pour éclairer le diagnostic anatomique.

L'inspection directe nous fera reconnaître un assez grand nombre d'états pathologiques extérieurs, tels que la couleur, le volume, la forme, etc., de certains organes, l'état du sang, soit à l'œil nu, soit armé du microscope.

La palpation nous conduira à la notion de la présence de la douleur dans tel ou tel point, à celle de la dureté, du volume et de la forme des parties situées profondément, du rapport de ces parties, enfin d'autres circonstances de l'état des organes, beaucoup mieux révélé par le moyen suivant:

La percussion bien faite, au moyen du plessimètre surtout, est un des moyens les plus précieux d'investigation appliqués au diagnostic des états organo-pathologiques que nous avons à apprécier. La forme, le volume, l'étendue, le développement par des liquides ou des gaz, la sonoréité ou la matité et le changement de consistance des organes, pourront être appréciés par ce moyen physique.

L'auscultation nous révélera aussi des notions anatomiques importantes dans l'examen de certains organes que nous aurons à étudier, les borborygmes dans la cavité abdominale, et surtout tous les changements qui surviendront dans la respiration et les bruits du cœur ou des artères.

Enfin l'examen des propriétés physiques, et surtout l'analyse chimique, nous apprendra l'état des liquides et surtout du sang.

Ces généralités établies, entrons immédiatement en matière.

Pour étudier d'une manière logique les différentes *fièvres dites essentielles* que nous devons passer en revue, nous avons cru devoir les diviser en trois groupes distincts : fièvres dites inflammatoires, fièvres dites bilieuses, fièvres dites putrides, adynamiques, typhoïdes, etc.

La raison de cette division n'a pas besoin d'être expliquée ni justifiée ici ; elle le sera suffisamment, nous l'espérons du moins, par les détails dans lesquels nous entrerons à l'égard de chacun de ces états pathologiques (1).

(1) D'après une autre manière d'envisager les faits, M. Pierry ne reconnaîtrait pas la maladie en général, et, par conséquent, les fièvres en particulier comme des unités. Pensant qu'il est fort rare et même impossible de trouver deux cas dans lesquels il y ait identité dans le nombre des organes lésés, dans les lésions, dans le degré du mal, dans l'expression de la souffrance, ce professeur conclut qu'il n'y a point de maladies pareilles qui puissent être rapportées au même cadre, et exactement désignées sous la même dénomination. Par conséquent, il ne serait pas porté à admettre les diverses sections que je suis forcé d'adopter pour étudier le sujet qui m'est donné à traiter. Tout en reconnaissant ce qu'il peut y avoir de vrai dans cette opinion, je suis obligé, par la nature même de ma question, de passer outre, et d'adopter, pour faciliter mon travail, certains groupes formés d'éléments non identiquement semblables, mais analogues. Du reste, dans les détails auxquels je serai conduit, j'aurai égard à cette vérité de pratique mise en

DES MALADIES DITES FIÈVRES INFLAMMATOIRES.

Les anciens médecins, qui nommaient fièvre inflammatoire un groupe de symptômes au-delà duquel ils ne cherchaient aucune lésion anatomique, ont décris sous ce nom des maladies très différentes les unes des autres, mais qu'il ne nous est plus permis de confondre ensemble. Telles sont certaines fièvres typhoïdes, certaines fièvres intermittentes ou rémittentes, et même certaines inflammations d'organes, etc.. Quant à nous, nous limitons la partie de notre sujet que nous voulons traiter ici à un ensemble de symptômes sur lequel nous insisterons bientôt, et qui a reçu les noms de *fièvre synoque non putride*, de *synoque simple*, de *fièvre continue simple*, de *fièvre aiguë sanguine*, et dans quelques cas de *fièvre éphémère*.

§ I. Et d'abord la première question que nous avons à poser est celle-ci : *Existe-t-il dans la fièvre dite inflammatoire des lésions anatomiques?*

J.-P. Frank le premier dit avoir vu les artères et les veines enflammées et rouges à leur surface interne, chez des individus morts de cette affection. Après lui, Pinel, en adoptant le nom de fièvre angioténique (*αγγειον*, vaisseau, et *τείνω*, je tends), fit certainement une tentative pour chercher un siège anatomique ; la définition qu'il en donne en est une preuve évidente : « Fièvres angioténiques, dit-il, marquées par » une irritation fixée principalement sur les tuniques des » vaisseaux sanguins. »

lumière par M. Pierry, de telle sorte que, si je généralise la maladie, je n'en admets pas moins qu'il faut individualiser le malade quand il s'agit de l'application du traitement.

• Prost admet expressément que, dans la fièvre qui nous occupe, la membrane interne des artères est enflammée.

M. Bouillaud s'exprime ainsi dans le Traité dont j'ai déjà parlé : « Le siège de la fièvre inflammatoire pure et simple » est dans le système du cœur et des vaisseaux sanguins. « Cette maladie consiste essentiellement en une inflammation ou une simple irritation de l'appareil circulatoire ; elle » est à cet appareil en général ce qu'est une phlegmasie » locale aux capillaires sanguins de l'organe où elle a son » siège. Celle-ci n'est pour ainsi dire qu'une fièvre locale, » tandis que l'autre est une fièvre générale. »

Les altérations signalées par cet auteur sont les suivantes :

« La membrane interne des artères et des veines est » rouge dans une étendue plus ou moins considérable. Cette » rougeur se présente sous plusieurs nuances. En général, » elle est beaucoup plus foncée dans les vaisseaux à sang noir » que dans les vaisseaux à sang rouge ; elle est aussi plus » prononcée sur les valvules du cœur que sur le reste de la » membrane interne de cet organe. Elle peut occuper à la » fois le cœur, l'aorte, l'artère pulmonaire et leurs divisions, » les veines caves et pulmonaires, ainsi que la veine porte, » ou bien n'affecter que l'une ou quelques unes de ces parties du système circulatoire. La membrane rougie par l'inflammation nous a paru quelquefois sensiblement épaisse ; » on la détache avec facilité de celle qui est sous-jacente. Le » tissu cellulaire qui entoure les portions phlogosées est le » siège d'une injection capillaire rouge très prononcée, et » quelquefois même il est légèrement infiltré de sang. »

Quant à la question de l'état de ce liquide dans la fièvre dite inflammatoire, M. Boulland s'exprime ainsi :

« Les altérations que le sang et les autres liquides éprouvent dans la maladie décrite sous le nom de fièvre inflam-

» matoire sont peu connues. On n'a encore fait aucune re-  
 » cherche importante sur l'état du sang après la mort des  
 » individus affectés de cette maladie. On sait que celui que  
 » l'on retire des veines pendant la vie est plus chaud, plus  
 » épais, plus coagulable que dans l'état sain, et qu'il se couvre  
 » presque sur-le-champ d'une couche grisâtre ou blanchâtre,  
 » plus ou moins épaisse, et connue sous le nom de couenne  
 » inflammatoire du sang. »

Aucune des recherches récentes n'a été assez positive-  
 ment dirigée sur l'étude du sang dans les fièvres angioté-  
 niques proprement dites pour qu'on puisse considérer ce  
 résultat comme combattu et infirmé. En second lieu,  
 l'existence de la couenne paraît rationnellement expliquée  
 par le fait de la phlegmasie vasculaire existant dans ces  
 affections.

Après des détails aussi circonstanciés, il semble établi  
 que dans la fièvre inflammatoire il existe des lésions organiques dont on doit chercher à poser le diagnostic au lit du malade. Tous les médecins cependant n'ont pas partagé cette manière de voir. Plusieurs ont nié l'existence d'une angiocardite dans la fièvre dite inflammatoire. D'autres, tout en reconnaissant que cette inflammation peut coïncider avec les symptômes que l'on constate dans cette fièvre, ont nié qu'il en fût toujours ainsi, et ont admis une fièvre inflammatoire simple, appelée éphémère ou continue, et à laquelle ils ne rattachent pas encore une lésion d'organe bien déterminée.

Nous ne pouvons complètement résoudre ces difficultés, dont on comprend facilement la cause dès qu'on se rappelle combien rarement la fièvre inflammatoire simple a une issue funeste. Il nous suffit d'établir que ceux qui admettent l'existence d'une lésion d'organe dans la fièvre dite inflammatoire, et nous sommes de ce nombre, doivent re-

chercher aussi les moyens de poser un diagnostic anatomique, tandis qu'en adoptant la seconde opinion, cette recherche devient inutile et impossible à faire.

Si maintenant nous nous rappelons la première question que nous avons dû nous faire, savoir : si un diagnostic anatomique peut être porté, nous répondons par la négative suivant quelques auteurs, et par l'affirmative suivant un bon nombre d'autres. Nous ajoutons en outre que, dans ce dernier cas, les éléments anatomo-pathologiques de ce diagnostic sont une phlegmasie ou une simple irritation de l'appareil circulatoire, accompagnés d'un état particulier du sang semblable à celui qu'on rencontre dans les phlegmasies.

*§ II. Comment se révèlent à l'observateur ces lésions anatomiques, c'est-à-dire comment arrive-t-on à poser le diagnostic anatomique ?*

Nous remarquons tout d'abord que l'altération pathologique dont nous admettons l'existence porte, non sur un organe distinct, mais sur tout un système; de sorte que sa manifestation symptomatique, n'étant pas à proprement parler localisée, est par cela même moins évidente que dans les autres fièvres dites essentielles.

Cependant les caractères de la maladie sont nettement tranchés, et pour ceux qui reconnaissent une lésion d'organe, la souffrance de l'appareil circulatoire se dénote par des phénomènes remarquables de surexcitation. Tels sont les suivants : pouls dur, plein, fort et fréquent; battements intenses des artères carotides temporales et du cœur; sentiment d'une vive chaleur intérieure et de pulsation dans presque toutes les parties du corps; gonflement des veines; hémorragies nasales ou utérines, rougeur et gonflement de

tout le corps et surtout de la face ; exaltation de la sensibilité de tous les sens, etc., etc.

Nous n'insistons pas davantage sur cette description, n'ayant pas à tracer une histoire complète de la fièvre inflammatoire. Il nous suffit de pouvoir conclure en réponse à notre seconde question :

Les personnes qui admettent l'existence d'une phlegmasie des vaisseaux et du cœur doivent en rechercher les symptômes dans la surexcitation de l'appareil circulatoire, tandis que, d'un autre côté, l'interrogation minutieuse de tous les autres organes conduit à un résultat négatif.

*§ III. Comment et jusqu'à quel point le diagnostic anatomique peut-il influer sur le traitement de la maladie en question ?*

Tous les détails précédents ne sont que les préliminaires indispensables à la solution de ce dernier problème. Le diagnostic anatomique étant déduit des lésions observées après la mort, et des phénomènes produits pendant la vie, c'est-à-dire, comme l'a écrit avec raison M. le professeur Pierry, des faits anatomiques et des faits physiologiques comparés entre eux, la conséquence thérapeutique est manifeste et importante. 1° Une irritation ou une véritable phlegmasie coïncide avec les phénomènes observés : donc les antiphlogistiques sont indiqués. 2° Cette lésion organique ne porte pas sur un viscère en particulier, mais sur tout un système : donc les antiphlogistiques généraux doivent être mis en usage, c'est-à-dire les émollients, le repos, la diète, les émissions sanguines générales. La mesure dans laquelle on devra employer ces moyens sera subordonnée à l'intensité des symptômes et à d'autres considérations qu'il est inutile dénumérer ici.

Les altérations du sang reconnues dans cette maladie

conduisent-elles à une indication spéciale pour le traitement ? Ces altérations ne sont pas suffisamment connues ; mais si de l'existence de la couenne et des caractères extérieurs du sang tiré dans ces affections, on arrivait à conclure qu'il participe aux mêmes altérations que celui des phlegmasies proprement dites, en résulterait-il une indication spéciale ? L'altération existant alors, et étant, comme on sait, une augmentation du chiffre de la fibrine, mène-t-elle à l'emploi de certains moyens dirigés contre cet état anormal du sang.

Les recherches récentes de M. Mulder ont essayé de soulever ce voile. D'après ce savant, l'augmentation de plasticité sanguine dans les inflammations ne doit pas être rapportée à l'augmentation de la fibrine, mais à une plus grande oxydation de la *protéine* (1). Tel est l'enchaînement de sa théorie :

« Il s'opère dans la respiration, dit cet habile chimiste, » une véritable oxydation du sang, ou plutôt de la protéine, » et dans l'inflammation, où le sang contient une plus grande » quantité de bi-oxyde et de tritoxyde que dans l'état sain, » il se fait réellement une oxydation plus élevée de ce corps. » L'opinion ancienne sur l'inflammation qui ne s'appuyait » sur aucune recherche, qui avait même pour point de dé- » part des faits inexacts, se trouve maintenant (résultat » assez singulier) confirmé par ces expériences. Le sang » contient en effet plus d'oxygène dans l'inflammation. »

Les substances désoxygénantes qui peuvent parvenir dans le sang doivent, par conséquent, combattre l'inflammation. Dans cette dernière il existe plus d'oxyprotéine formée; cette

(1) M. Mulder a établi que la fibrine, l'albumine, la caséine, corps essentiellement différents quant à la proportion de soufre et de phosphore, contiennent toutes un principe unique, la *protéine*, dont la connaissance doit, suivant lui, donner un jour la clef de la transformation de la plupart des substances les plus importantes du corps animal.

substance est le principe le plus important de la couenne inflammatoire, qui donne beaucoup de tritoxyde de protéine par une faible ébullition avec de l'eau. Or, on combat l'inflammation en cherchant à diminuer la quantité de ce tritoxyde de protéine, et à empêcher sa formation ultérieure dans les poumons.

Parmi les moyens employés pour arriver à ce résultat, le premier est la saignée, « qui diminue directement la quantité d'oxyprotéine ; l'augmentation de la sécrétion du tube digestif, par exemple, produit un effet semblable, en accélérant l'échange de substance dans le corps, et conséquemment aussi la consommation d'une plus grande quantité d'oxyprotéine du sang. »

Quant aux substances désoxygénantes introduites dans le sang, M. Mulder promet d'y revenir avec détail.

On conçoit combien nous devons être réservé sur les faits qui précédent. Nous n'avons donné place aux idées théoriques de M. Mulder que parce qu'elles conduisent à jeter un jour nouveau sur une certaine partie du sujet qui nous a été donné à traiter, mais sans leur accorder encore une valeur tout-à-fait décisive.

Enfin nous terminons ce paragraphe par une seule remarque, c'est que sur la question de savoir quelles lumières le diagnostic anatomique fournit pour le traitement de cette maladie, nous n'avons pas dû tenir compte de l'opinion des personnes qui refusent de croire à l'existence d'une lésion organique dans la fièvre inflammatoire, car dans ce cas il n'y a pas de diagnostic anatomique à porter.

#### MALADIES DITES FIÈVRES BILIEUSES OU GASTRIQUES.

§ I. Si l'on parcourt les différents ouvrages dans lesquels il est traité de ces affections, il est facile de voir que

les auteurs sont loin d'être unanimes sur ce qu'ils comprennent sous le nom de fièvres bilieuses ou gastriques. Quant à nous, nous entendons parler sous ce nom d'une affection fébrile, avec manifestation principale de symptômes d'irritation dans les organes digestifs supérieurs, et dans ceux de la sécrétion biliaire. Cette affection a une existence bien réelle et parfaitement distincte, qui ne se confond ni avec la maladie que nous venons d'étudier ni avec celle que nous examinerons plus loin. En effet, s'il est vrai que l'intestin iléon puisse s'enflammer seul, il ne l'est pas moins que l'estomac, le duodénum, peuvent aussi s'enflammer isolément. Ces phlegmasies auront des symptômes différents de ceux de l'inflammation de l'iléon, et constitueront une maladie désignée autrefois sous le nom de fièvre gastrique ou bilieuse simple.

Et, d'abord, nous nous poserons cette première question : *Existe-t-il dans cette affection une ou plusieurs lésions anatomiques ?*

Les galénistes et les Arabes avaient attribué tous les accidents de cette fièvre, et le mouvement fébrile lui-même, aux dépravations de la bile; la connaissance d'une lésion organique dans cette maladie était donc nulle pour eux, il faut arriver jusqu'à Selle pour trouver la fièvre bilieuse ou gastrique envisagée comme dépendant d'une cause organique. Éclairé par les travaux de Haller, Selle fut conduit à considérer cette fièvre, non plus comme une affection générale, mais à en placer la raison déterminante dans une lésion de l'estomac, des intestins ou du foie. Dès cette époque, suivant l'expression pittoresque de Broussais, le *biliosisme* déchut, et fit place à la *gastricité*.

Pinel marcha dans cette voie; et s'il reconnut la supersécrétion bilieuse, il chercha à l'expliquer par une irritation de la membrane interne du tube digestif: aussi imposa-t-

il à cette fièvre, à côté de l'expression humorale de bilieuse, celle toute solidiste de gastrique, pour indiquer son point de départ organique. « Tout semble indiquer, dit-il, que le siège principal des maladies de cet ordre est dans le conduit alimentaire, surtout l'estomac et le duodénum, non moins que dans les organes sécréteurs de la bile et du suc pancréatique. » Ainsi il est évident que, dès cette époque, l'idée de rattacher les symptômes observés à une lésion organique commençait à se faire jour.

Broussais, comme l'on sait, opéra cette révolution d'une manière complète, et considéra ces états pathologiques comme produits par une phlegmasie gastro-intestinale avec supersécrétion biliaire.

M. Bouillaud a insisté encore sur ce point, et après avoir rapporté plusieurs faits, il ajoute : « Les sept observations que l'on vient de lire ne laissent, à mon avis, aucune espèce de doute sur la véritable nature de l'affection gastro-intestinale qui détermine la fièvre dite bilieuse ou méningo-gastrique. Cette affection est bien réellement un état inflammatoire de la membrane muqueuse digestive. Pour nous en convaincre, il nous suffira de rappeler les principales altérations que cette membrane a présentées. Or, ces altérations sont : 1<sup>o</sup> l'injection, la rougeur, l'épaississement de son tissu; 2<sup>o</sup> le ramollissement, la friabilité de cette membrane, et la facilité avec laquelle on peut la détacher des membranes sous-jacentes, ce qui dépend de ce que le tissu cellulaire sous-muqueux, ayant participé lui-même à l'inflammation, a perdu sa force de cohésion, etc. »

Il reste donc évident que la fièvre bilieuse ou gastrique s'accompagne d'une lésion de l'estomac dont le diagnostic anatomique doit être recherché pendant la vie.

Mais il nous paraît certain que ce n'est pas là le seul élément anatomo-pathologique de notre diagnostic; il faut

déterminer encore s'il n'y a pas une cause organique à cet état bilieux qui coexiste avec la fièvre gastrique. Ici, l'anatomie pathologique reste muette. Existe-t-il une inflammation du foie et des conduits hépatiques, ou bien simplement une hypersécrétion du flux bilaire? Nous ne pouvons ici que constater l'existence de ce dernier fait, et dire que son élément anatomo-pathologique nous manque.

Enfin il faut peut-être chercher une troisième base de diagnostic anatomo-pathologique dans l'état du sang, qui dépose dans les tissus de l'économie les matières de la bile surabondante. Tout le monde sait, en effet, que la matière colorante de la bile a été rencontrée, dans quelques cas, dans le sérum de ce liquide. Existe-t-il dans cette affection bien déterminée une autre espèce de lésion du sang? C'est ce que les recherches les plus modernes n'ont pas encore démontré.

En résumé, les éléments anatomo-pathologiques du diagnostic anatomique dans les fièvres dites méningo-gastriques ou bilieuses sont, dans l'état actuel de la science :

- 1° L'inflammation des membranes de l'estomac;
- 2° La réplétion de cet organe, et même de la partie supérieure de l'intestin, par une quantité plus ou moins considérable de bile;
- 3° L'altération du sang.

*§ II. Comment se révèlent à l'observateur ces lésions anatomiques, c'est à-dire comment arrive-t-on à porter leur diagnostic?*

1° *Inflammation des membranes de l'estomac.* — Les signes qui la révèlent sont principalement les suivants : nausées, vomissements bilieux plus ou moins nombreux, évacuations nidoreuses, hoquets, sentiment de chaleur, d'embarras, de pesanteur ou même de véritable douleur

dans la région épigastrique et dans les hypochondres; accroissement de la douleur par la pression. (Bouillaud.)

2° La réplétion de l'estomac et des intestins par une quantité plus ou moins considérable de bile est indiquée par l'amertume de la bouche, l'enduit jaune de la langue, quoique ce signe manque souvent et soit de médiocre valeur; les vomissements bilieux et les selles de même nature, la matité ou une résonnance hydraïque obtenue dans la région de l'estomac, lorsque le malade a été privé longtemps de boissons. La plessimétrie nous indique en outre ici l'augmentation de volume du foie, et même la réplétion de la vésicule biliaire. C'est ainsi que nos moyens exacts d'investigation nous permettent de reconnaître une lésion non encore révélée par l'autopsie, et de compléter ainsi notre diagnostic anatomique.

3° L'état du sang ne peut être prouvé que par les analyses chimiques.

Nous devons ajouter que les symptômes ci-dessus énumérés de la réplétion bilieuse de l'estomac et du développement du foie, joints à une teinte ictérique générale ou partielle, suffisent pour indiquer l'état bilieux, et pour prouver par induction la présence dans le sang d'un des matériaux de la bile.

### *§ III. Jusqu'à quel point ces diagnostics anatomiques ainsi portés éclairent-ils le traitement?*

Le diagnostic anatomique étant aussi complètement posé, il semblerait que la thérapeutique en doit naturellement découler, et que les praticiens doivent être facilement d'accord sur un point aussi clairement établi. Il n'en est rien cependant. Les uns, dirigés uniquement par la seconde et la troisième partie du diagnostic anatomique, ne voyant dans cette affection qu'une hypersécrétion biliaire

et qu'un état bilieux, ont prescrit les évacuants, tels que l'ipécacuanha et l'émettique.

Les autres, fixant principalement leur attention sur l'état inflammatoire des voies digestives, s'étonnent qu'on ose porter des remèdes plus ou moins irritants sur une membrane muqueuse enflammée, et recommandent l'emploi des antiphlogistiques.

C'est ainsi que le diagnostic anatomique a conduit à employer successivement deux médications opposées, et a été pour ainsi dire la cause d'une confusion singulière dans le traitement des fièvres bilieuses ou gastriques: confusion que les résultats de la thérapeutique n'ont pas peu contribué à entretenir. Les fièvres bilieuses simples guérissent, en effet, le plus souvent, et l'on n'a pas manqué d'occasions pour citer des guérisons nombreuses par l'une ou l'autre méthode.

Pour nous, il nous semble que c'est dans le diagnostic anatomique, cause première de cette confusion, qu'il faut chercher le moyen de la faire cesser. Remarquons tout d'abord que la guérison survenant pendant l'emploi de l'une ou de l'autre méthode, on doit en conclure que l'une ou l'autre est applicable, mais dans certaines circonstances, et qu'en conséquence ce qui reste à faire est de déterminer dans quels cas l'une doit être préférée à l'autre.

C'est dans ce but que nous devons invoquer les lumières fournies par le diagnostic anatomique.

Si la violence des douleurs épigastriques, la répétition des vomissements, si, en un mot, l'intensité des symptômes inflammatoires prouve que la phlegmasie de l'estomac a une certaine prédominance, il ne doit rester aucun doute : le traitement antiphlogistique général et local doit être mis en usage avec énergie.

Si au contraire les symptômes locaux de la phlegmasie

gastrique sont médiocres, si l'état bilieux domine évidemment, on devra dès lors moins craindre d'aider à l'évacuation difficile et pénible des liquides qui remplissent la partie supérieure du tube digestif. Dans ce cas alors on pourra donner quelques légers évacuants.

Je donnerai pour exemple d'un cas de cette dernière espèce l'observation que M. Piorry rapporte d'un homme atteint de fièvre bilieuse avec peu de réaction fébrile, chez lequel, en combinant les autres symptômes bilieux avec la circonstance d'une matité notable dans la région de l'estomac (le malade n'ayant pris aucune boisson depuis long-temps), ce professeur diagnostiqua par la percussion la présence d'un liquide dans l'estomac, liquide qui ne pouvait être que bilaire. Il administra un vomitif qui fit évacuer une quantité considérable de bile, et le malade fut rapidement guéri.

Enfin, dans le cas où le diagnostic anatomique fera voir que les lésions qui constituent la fièvre dite bilioso-gastrique sont toutes deux de médiocre intensité, et démontrera aussi l'inutilité d'un traitement actif, on réduira toute la thérapeutique à l'emploi de moyens simplement émollients et hygiéniques, c'est-à-dire à la diète et aux boissons délayantes et acidules.

Le diagnostic de l'état du sang, c'est-à-dire le fait acquis de la présence de la matière colorante de la bile dans le sérum, n'éclaire le traitement que d'une manière indirecte. Ainsi cette notion aide bien à reconnaître un état bilieux général; mais il ne fournit pas une indication précise, chimique, dirigée spécialement sur les moyens de remédier à ce mélange anormal.

Toutefois, les derniers travaux de Berzélius, de Demarçay, de Liebig, etc., permettent d'espérer qu'on parviendra à trouver des indications positives pour arriver à

modifier directement l'état particulier du sang dans les maladies bilieuses.

DES MALADIES DITES FIÈVRES MUQUEUSES, PUTRIDES, ADYNA MIQUES, ATAXIQUES, ENTÉRO - MÉSENTÉRIQUES; DOTHIENTÉRIES, AFFECTIONS OU FIÈVRES TYPHOÏDES, ENTERO - MÉSENTÉRITES TYPHOÏDES, ENTÉRITES SEPTICÉMIQUES.

Nous avons cru devoir réunir dans un même groupe toutes ces dénominations qui ont été employées à différentes époques pour désigner des états organo-pathologiques semblables quant à leurs lésions fondamentales. En effet, aujourd'hui, quel que soit l'un des noms précédents qu'on emploie, tout le monde s'entendra, sinon sur l'existence, la cause et la nature des altérations, du moins sur la série de désordres fonctionnels qu'on aura voulu exprimer. Cette unanimous nous suffit pour le moment. Une première question que nous avons à résoudre et à poser est celle-ci :

§ I. Un diagnostic anatomique peut-il être porté; et pour cela d'abord *existe-t-il des lésions anatomiques dans ces affections, et quelles sont ces lésions?*

Les travaux de Roederer et de Wagler, de Michel Sarcone, de Morgagni, de Baglivi, en décrivant les diverses altérations que la muqueuse intestinale présentait dans ce groupe de maladies, avaient préparé un changement dans la manière d'envisager leur nature.

Toutefois, malgré ces travaux, à l'époque où écrivirent ces illustres observateurs, ces affections étaient encore généralement considérées comme produites par des altérations non définies, non exactement spécifiées dans les liquides.

Pinel lui-même, tout en s'élevant avec force contre *cette prétendue putridité du sang et des humeurs* introduite par Galien et reproduite sous diverses formes par les Arabes, n'en reste pas moins exactement au même point dans la question qui nous occupe.

Après Pinel, Prost, dans son ouvrage publié en 1804 (*De la Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps*), commença à décrire des lésions très importantes. En effet, après avoir pratiqué l'ouverture de plus de deux cents personnes mortes dans le cours de fièvres graves, il dit avoir constamment observé l'inflammation et l'ulcération de la membrane muqueuse intestinale.

MM. Petit et Serres, en 1813, insistèrent avec plus de soin encore sur la lésion anatomique qui existe dans cette maladie; et en lui imposant le nom de fièvre entéro-mésentérique, ils voulurent éveiller l'attention des praticiens sur la circonstance organique importante qui l'accompagnait.

Broussais, on le sait, consacra toutes les forces de son génie médical à établir les lésions anatomiques existant dans cette affection pour arriver à la localiser dans le tube digestif.

M. Bretonneau décrivit avec soin, sous le nom de dothientérie (qui signifie clou, furoncle dans l'intestin), la lésion particulière, spéciale, existant dans cette maladie.

M. Bouillaud, dans son *Traité des fièvres dites essentielles*, publié en 1826, signala avec une grande précision les altérations qui se produisent, non seulement dans l'intestin, mais dans les différents organes et même dans le sang.

Ainsi cet auteur admet l'injection, le ramollissement de la muqueuse intestinale. La description qu'il donne des ulcérations intestinales mérite d'être citée comme modèle

d'exactitude : « Les ulcères, dit-il, varient en nombre, en étendue et en figure, leur siège de prédilection est la partie inférieure de l'iléon et la valvule iléo-coécale; là ils sont quelquefois tellement nombreux et confluents, qu'ils se touchent par leurs bords, et que plusieurs se réunissent pour former de vastes excavations ulcéreuses; ils sont, en général, arrondis ou ellipsoïdes. Nous en avons rencontré qui avaient un pouce et demi, et même plus, de diamètre, tandis que nous en avons vu d'autres dont le plus grand diamètre avait à peine une demi-ligne à une ligne; ces derniers avaient la plus parfaite ressemblance avec des aphthes ou des chancres naissants, et il nous paraît probable que ces ulcerations rudimentaires ont pour siège les follicules muqueux, etc., etc. »

Plus loin cet auteur signala et décrivit, comme on le ferait de nos jours, l'altération des ganglions mésentériques.

Enfin les altérations du sang commencèrent à être indiquées avec un soin remarquable. Voici comment M. Bouillaud s'expliquait à cette époque : « Constamment le sang nous a paru plus noir et plus liquide que dans l'état normal, comme si sa fibrine eût éprouvé une sorte de dissolution. D'ailleurs cette altération du sang est susceptible de plusieurs degrés, depuis celui où son coagulum est simplement molasse et sans consistance, jusqu'à celui où le sang a perdu toute sa plasticité, etc. » Il terminait ainsi : « Il est difficile de décrire avec exactitude et précision les diverses altérations que présente le sang des sujets morts de fièvres putrides; mais ces altérations n'en sont pas moins réelles, et elles doivent être prises en considération sérieuse par tous ceux qui, dégagés de tout esprit de système et animés du seul amour de la vérité, voudront donner une explication satisfaisante des phénomènes divers qui accompagnent les

maladies dites *fièvres putrides*. Puisquent de nouvelles recherches faites avec des moyens d'exploration plus parfaits que ceux que nous possérons, nous découvrir enfin les altérations les plus cachées du sang et éléver cette importante branche de l'anatomie pathologique à la hauteur des autres !»

M. Andral, qui, dans la première édition de sa Clinique, publiée en 1823, avait étudié avec un soin particulier toutes les altérations organiques qu'il avait rencontrées à l'autopsie des individus atteints de fièvres graves, insista sur ces points avec plus de détail encore dans la seconde édition de cet important ouvrage ; les lésions du tube digestif y furent décrites dans toutes leurs phases : l'état érythémateux, l'état exanthémateux, les ulcérations, les perforations, l'état des matières contenues dans l'intestin, les modifications trouvées dans le sang et l'appareil circulatoire, celles qu'on rencontre dans les poumons, etc., etc., tout fut décrit avec la plus grande exactitude.

M. Piorry, dans ses divers ouvrages, et en particulier dans son Traité du diagnostic et dans celui des altérations du sang, a établi aussi d'une manière complète les diverses lésions qu'il reconnaissait dans ces affections.

N'oublions pas de noter l'ouvrage de M. Louis, dans lequel toutes les altérations, dans ce qu'il appelle l'affection typhoïde, sont aussi notées et décrites avec un soin particulier. Rappelons aussi la Clinique médicale de M. Bouillaud, où un grand nombre d'observations précieuses par leur exactitude sont consignées (1).

(1) Nous n'avons voulu parler que des ouvrages principaux qui dominent la science sur cette question. Bien d'autres, d'un mérite réel, ont été publiés ; mais ce qui précède n'est pas un historique complet, c'est seulement un aperçu rapide des diverses phases qu'a subies cet important sujet.

C'est à l'aide de ces importants travaux que nous allons essayer d'établir succinctement, mais d'une manière aussi complète que possible, les lésions nombreuses qui se produisent dans l'affection qui nous occupe.

Les lésions, principales, constantes, et quelquefois uniques de la fièvre typhoïde, sont, avec une altération du sang, sur laquelle nous reviendrons plus loin, l'inflammation de la muqueuse intestinale, des plaques de Peyer, des follicules isolés de Brunner, des ganglions mésentériques correspondants. Tels sont les caractères de la fièvre typhoïde.

La lésion intestinale se présente sous différentes formes, et subit diverses transformations, suivant certaines circonstances qui le plus souvent se rapportent à la durée de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire à l'âge qu'avait cette affection lorsque la lésion a été examinée. Cependant ce n'est pas une règle tout-à-fait invariable; la constitution du sujet, sa santé antérieure, la constitution médicale régnante, etc., peuvent opérer des changements tels que des altérations différentes répondent à un âge égal de la maladie et *vice versa*. Ces variétés n'ont lieu toutefois que dans une limite assez restreinte.

Les auteurs se sont longuement étendus sur la description détaillée de ces différentes formes; mais d'après le point de vue que j'ai à envisager, il me semble seulement utile de noter les différences suivantes:

Du septième au quinzième jour de la maladie (aucun individu n'ayant succombé à la fièvre typhoïde à une époque plus rapprochée du début), les plaques sont boursouflées, rouges, ramollies, quelquefois déjà ulcérées; mais les ulcérasions sont petites, peu nombreuses. D'autres fois, mais plus rarement, on voit à cette période de la maladie

les plaques revêtir la forme décrite sous le nom de plaques dures.

A partir du quinzième jour, les plaques s'ulcèrent dans une plus grande étendue en surface et en profondeur, en même temps que le boursouflement inflammatoire s'affaisse; une ou plusieurs perforations peuvent même surve nir à cette époque.

Après le trentième jour, les plaques, ulcérées ou non ulcérées, sont moins rouges, moins épaisses, plus consistantes, marbrées de gris ou de bleu; puis enfin on peut constater des cicatrices plus ou moins complètes.

Les follicules isolés sont enflammés pendant tout le cours de la maladie, mais plus rarement ulcérés en aussi grand nombre que les plaques.

La membrane muqueuse des intestins grèles présente des injections vasculaires de nuances diverses; elles ont une étendue variable, et existent surtout vers la partie inférieure de l'intestin; des liquides en plus ou moins grande quantité existent surtout vers le cœcum; des gaz y sont mêlés aux liquides.

Telles sont les lésions anatomiques fondamentales de la fièvre typhoïde. Il en est d'autres très nombreuses, mais accessoires, non constantes, quelques unes même accidentelles, occupant les autres organes, et dont voici l'énumération succincte.

Dans les gros intestins, on trouve une inflammation simple, peu étendue dans quelques cas; plus rarement il y a des ulcéra tions des cryptes lenticulaires ou de la muqueuse elle-même. Des gaz y existent en grande quantité.  
 « Chez beaucoup de sujets, la distension du colon par des gaz est tellement considérable, que cet intestin se dessine à travers les parois abdominales, refoule en haut le dia phragme, et cache en grande partie le reste du tube di-

» gestif et des autres viscères abdominaux. Il occupe en particulier l'épigastre, où pendant la vie il pourrait être pris pour l'estomac. » (Andral; *Clinique médicale*.)

Dans d'autres cas, le gros intestin est rempli de matières solides ou liquides.

Dans l'estomac, se trouvent des rougeurs, d'aspect, d'étendue et d'intensité variables; un ramollissement et un amincissement très fréquent de la muqueuse, siégeant plus souvent dans le grand cul-de-sac de l'estomac que partout ailleurs, rarement des ulcérasions, plus rarement encore une perforation, y ont été observées.

Des altérations surviennent vers l'extremité supérieure du tube digestif; dans la bouche, des mucosités s'accumulent, se dessèchent sur les lèvres, les gencives et les dents; il existe une diminution dans la quantité du fluide salivaire et une altération de ses qualités; on observe des fuliginitosités, le fendillement de la langue, la destruction de l'émail des dents, etc.

Dans le pharynx, on trouve, une fois sur six environ, des ulcérasions ou une infiltration purulente du tissu cellulaire, ou des fausses membranes; toujours chez des sujets morts après le quinzième jour, dans l'œsophage, quelquefois des ulcérasions après le quinzième jour.

Les ganglions lymphatiques qui occupent le mésocolon, la grande et la petite courbure de l'estomac, la scissure du foie, sont souvent aussi enflammés que ceux du mésentère.

La rate est presque constamment altérée. Elle est augmentée de volume et ramollie, surtout avant le trentième jour de la maladie.

Le foie est quelquefois augmenté de volume, plus souvent ramolli. La bile est ordinairement très abondante et très liquide. (Louis.)

Le péritoine est, dans quelques cas, mais accidentelle-

ment, et surtout à la suite de perforation intestinale, le siège d'une phlegmasie plus ou moins intense et étendue.

Du côté de l'appareil circulatoire, on trouve dans bon nombre de cas le cœur mince, flasque et se déchirant facilement; sa membrane interne a présenté à MM. Bouillaud et Louis des altérations en plus ou en moins dans sa teinte normale. Des concrétions existent quelquefois dans les cavités (MM. Bouillaud et Legroux). Au reste, ces lésions peuvent être regardées plutôt comme accidentnelles que comme lésions secondaires, bien que l'état du sang puisse être considéré comme une cause d'irritation. On a trouvé la membrane interne de l'aorte rouge, ramollie, épaisse dans plusieurs cas où le cœur était mou. Du côté des vaisseaux il se manifeste assez souvent des phlegmasies d'où résultent dans les veines des oblitérations. (M. Legroux, leçons orales.)

Du côté de l'appareil respiratoire, l'épiglotte a été trouvée rarement recouverte de fausses membranes, on l'a vue assez souvent ulcérée surtout après le quinzième jour; le larynx a été rarement trouvé être le siège d'une inflammation. Mais c'est surtout du côté des poumons que d'importantes lésions ont été constatées. Chez un grand nombre de sujets, on trouve une portion plus ou moins étendue de ces organes splénisées; en outre, dans bien des cas, on y a trouvé une sorte d'hépatisation, par suite d'une pneumohémie dite hypostatique, sur laquelle dans ces derniers temps ont paru d'importants travaux (M. Pierry; M. Bazin, thèse). En outre, dans la majorité des cas, existent des signes d'une bronchite générale et capillaire des plus graves; par suite des mucosités spumeuses, rougeâtres, sont trouvées accumulées en plus ou moins grande quantité dans les bronches.

Dans les plèvres, rien de notable, sauf, dans un petit

-nombre de cas, une certaine quantité de sérosité sanguine molente épanchée dans leur cavité. (MM. Andral, Louis.)

Du côté de l'appareil de l'innervation, rien de constant, les lésions matérielles sont rares; ce n'est que par exception que l'on constate une méningite ou un ramollissement général ou partiel de la substance cérébrale; la lésion la plus fréquente qui y ait été rencontrée est une injection de la substance même du cerveau, mais elle est loin d'être constante. Ainsi, en définitive, dit M. Andral, après avoir terminé l'examen des diverses altérations rencontrées dans le cerveau des malades typhoïdes, l'état des centres nerveux me saurait rendre compte des désordres qu'ils ont présentés pendant la vie.

Dans quelques cas la vessie est distendue par l'urine, qui ne peut être expulsée par les contractions insuffisantes de cet organe. Par suite de ce séjour dans ce réservoir, l'urine devient ammoniacale, et conséutivement une cystite, et même une néphrite tout-à-fait caractéristique, peuvent être souvent constatées (Rayer). Les uretères et les reins peuvent aussi être trouvés distendus par l'urine.

Dans quelques cas enfin, M. Rayer dit avoir constaté l'existence d'une petite quantité d'albumine dans les urines.

Du côté de la peau on constate la sécheresse, la saleté de cette membrane, l'existence de taches, de pétéchies, de sudamina, dans quelques cas, de petits abcès, d'érysipèles, et la manifestation d'escarres dans les points où une pression habituelle est exercée. Ces escarres sont plus ou moins profondes, et vont quelquefois jusqu'à la nécrose de l'os.

*État du sang.* — Nous avons réservé cette altération pour la dernière, non qu'elle ait pour nous moins d'importance que celles qui précédent, mais nous avons adopté cet ordre pour terminer l'étude des altérations dans les organes solides avant de commencer celle qui a rapport à ce

liquide organique. Nous avons déjà dit, d'après les recherches de M. Bouillaud, que le sang était plus mou, plus dissous que dans l'état normal; le sang tiré par la veine présente ordinairement, suivant cet auteur, une couenne molle, verdâtre, incomplète, différente de celle qu'on observe dans les inflammations franches; le sang sous-jacent est d'une mollesse difflue.

D'après les recherches de MM. Andral et Gavarret, sur 21 malades chez lesquels on pratiqua 52 saignées, constamment la fibrine resta à son chiffre normal, ou diminua d'une manière notable. Dans aucun cas on ne la vit au-dessus de ses proportions ordinaires, tandis qu'en même temps les globules restèrent à leur état physiologique ou augmentèrent. Notons toutefois, d'après ces expérimentateurs, qu'au début de la fièvre typhoïde, la fibrine conserve son chiffre normal ou descend très peu; mais la diminution se fait sentir et devient très considérable lorsque le mal revêt dès le début la forme adynamique.

Lorsqu'on examine le sang chez un sujet atteint de fièvre typhoïde, dans le premier septénaire, on trouve généralement le chiffre des globules élevé au-dessus de leur quantité normale, d'une manière d'autant plus marquée qu'on l'observe à une époque plus rapprochée du début; plus tard, sous l'influence d'une diète prolongée et surtout des émissions sanguines, les globules suivent la loi générale, qui est de s'abaisser au-dessous du chiffre où ils étaient avant l'intervention de ces deux grandes influences. (*Comptes-rendu des séances de l'Académie des sciences*, n° 4, juillet 1840.)

Dans son Essai d'hématologie pathologique, M. Andral revient après de nouveaux travaux sur l'existence de l'augmentation du chiffre des globules. Je me suis convaincu, dit-il, que si dans la fièvre typhoïde on trouve souvent

cette prédominance de l'état globuleux du sang, cela dépend de ce que la fièvre typhoïde atteint très fréquemment des individus qui par leur âge et leur constitution sont dans un état de pléthora plus ou moins considérable. Mais soit que les globules soient abondants ou rares, l'influence de la maladie sur la fibrine reste la même.

Ainsi, d'après les recherches de MM. Andral et Gavarret, les altérations fondamentales du sang dans la fièvre typhoïde sont ou l'état normal de la proportion de la fibrine ou la diminution de son chiffre.

D'après les travaux de Mulder, les changements opérés dans le sang des typhoïdes seraient, non une diminution de la fibrine, mais un moindre degré d'oxygénéation de la protéine. De sorte qu'en définitive le sang de ces malades serait surtout remarquable par une moindre proportion d'oxygène combiné.

§ II. Nous venons de passer en revue la série des lésions organiques existant dans la fièvre typhoïde; c'est l'élément indispensable de notre diagnostic anatomique; examinons maintenant comment il est possible de retrouver pendant la vie les diverses altérations que nous venons d'énumérer, de manière à poser ce diagnostic.

La lésion fondamentale, celle des plaques, est annoncée par l'ensemble des symptômes locaux et généraux. Nous ne pensons pas qu'il y ait un moyen précis de s'assurer de l'étendue, de l'intensité, des diverses phases de ces lésions; ainsi que nous l'avons dit, l'induction est, dans ce cas, le principal moyen d'éclaircir le diagnostic.

Ainsi la violence des symptômes généraux, l'âge de la maladie, seront une première source d'induction. Toutefois les signes locaux devront être pris aussi en sérieuse considération: ainsi une douleur localisée dans la fosse iléo-

cœcale, existant quelquefois indépendamment de toute manœuvre, mais le plus souvent se développant sous l'influence de la palpation exercée avec plus ou moins de force; un bruit de gargouillement existant dans ce point et déterminé par la palpation. Ce moyen peut être avantageusement remplacé par une légère percussion plessimétrique, laquelle fera naître un son nommé hydraérique et qui, comme son nom l'indique, fera diagnostiquer dans la cavité cœcale ou la fin de l'intestin l'existence d'un mélange de gaz et de liquides.

Les circonstances relatives aux modifications survenues dans les évacuations alvines devront être prises en considération et recherchées par tous les moyens d'investigation pour arriver à diagnostiquer l'état de l'intestin.

La constipation, plus rare que la diarrhée, peut exister assez longtemps avec la lésion des plaques de l'intestin. Mais si l'on examine avec soin l'abdomen du malade, on trouvera dans un grand nombre de cas, au moyen de la percussion exercée vers la région du colon descendant, d'une accumulation de matières fécales qui éclairera et sur la cause de la constipation, et sur les moyens à employer pour remédier à cet état local.

Dans d'autres cas, quoique la diarrhée existe, il ne faudra pas négliger d'explorer le ventre avec soin, pour découvrir le lieu où résident les matières liquides et la quantité qui est accumulée dans les intestins; la palpation, la percussion surtout, révèleront encore ces circonstances anatomo-pathologiques.

La nature des selles, leur abondance, leur fétidité, pourront encore être prises en sérieuse considération, pour faire apprécier la période et la gravité des ulcerations intestinales. Ainsi, par exemple, dans l'affection qui nous occupe, les selles sanguinolentes

indiqueront la présence à peu près certaine d'ulcérations.

Le météorisme est encore une manifestation à laquelle il faut avoir égard pour arriver soit à la connaissance de la lésion intestinale, soit à certaines indications particulières dans cette affection. Ce signe indique d'une manière toute physique l'existence de gaz dans la cavité intestinale, gaz provenant de diverses décompositions chimiques qui se passent dans la cavité de l'intestin. Il faut toujours avoir soin de le constater à l'aide de la percussion, afin de bien limiter les points de l'intestin où il existe. En effet, disons-le de suite, pour en finir avec ce symptôme, le météorisme du gros intestin devra être distingué de celui qui a lieu dans l'iléon, parce qu'il peut produire des symptômes particuliers, et qu'il a un traitement direct. Ainsi on a vu, dans certains cas, un développement de gaz existant dans le colon transverse refouler le diaphragme, et produire une dyspnée des plus fâcheuses, qui aurait pu être tout autrement interprétée si un examen attentif, à l'aide de nos précieux moyens d'investigations actuelles, n'en eût fait reconnaître la véritable cause, et indiqué le traitement. (*Andral, Clinique médicale.*)

Quant à la lésion anatomique des ganglions, une pression méthodiquement exercée, de manière à déprimer profondément la paroi abdominale, peut faire quelquefois percevoir dans le voisinage de la région cœcale l'existence de tumeurs qui ne sont autre chose que les ganglions engorgés; peut-être même que la percussion pourrait plus facilement et avec moins de danger mener à ce diagnostic.

Toutes ces manifestations, que j'ai été obligé de réunir, parce qu'elles se touchent et s'enchaînent l'une à l'autre, pourront, avec l'induction, faire arriver au diagnostic anatomique des altérations fondamentales de l'affection qui nous occupe et de leurs principales conséquences.

L'entérite et l'entéro-colite, les ulcérations du colon, le

ramollissement de cet intestin, ne peuvent pas toujours être positivement reconnus pendant la vie, les phénomènes principaux qui peuvent les annoncer étant communs à ces lésions et à l'inflammation des plaques. Cependant, quand il y a des douleurs dans la direction du colon transverse et descendant, des épreintes vives, des selles très fréquentes, on peut supposer que le gros intestin est malade.

La participation de l'estomac aux divers états pathologiques qui constituent la fièvre typhoïde n'est pas toujours très évidente. Aucune des modifications que la langue présente ne correspond d'une manière fidèle à une altération spéciale du ventricule. Les symptômes qui révèlent l'état phlegmasique de cet organe sont les douleurs épigastriques spontanées et développées par la pression, l'anorexie, la soif vive, les nausées, les vomissements. Toutefois, s'il n'y a que douleurs peu intenses, ou nausées, ou même ces deux symptômes à la fois, la muqueuse de l'estomac peut être saine. S'il y a douleurs épigastriques fortes et vomissements bilieux, l'estomac est probablement plus ou moins profondément altéré. Mais ces phénomènes ont lieu surtout à une époque avancée de la maladie, et plus rarement au début. (Louis).

Enfin les lésions de l'estomac sont très souvent latentes.

Les lésions de la bouche et de la langue se dénotent à la simple vue; celles du pharynx se révèlent le plus ordinairement par de la douleur à la gorge et de la dysphagie. Il faut dire cependant que plusieurs de ces affections restent latentes, soit par le développement de symptômes cérébraux, soit par le peu d'attention que fait le malade aux sensations qu'il éprouve, soit enfin par le peu de retentissement que ces lésions ont quelquefois dans l'économie.

Les lésions de la rate peuvent être reconnues par la douleur développée dans la région qu'elle occupe, par la saillie qu'elle forme sous les côtes, surtout par l'étendue de la

matité à la percussion plessimétrique, et quelquefois par certains phénomènes d'intermittence qui coïncident avec l'hypertrophie de cet organe.

Quant au foie, nous trouvons encore que la palpation, et surtout la percussion pratiquée convenablement et avec le plus grand soin en avant et en arrière, que la douleur développée dans la région occupée par ce viscère, que la proéminence sous les côtes, indiquent l'augmentation de volume dans ce viscère, et font reconnaître, dans quelques cas, qu'il y a peut-être une sorte de congestion inflammatoire.

L'inflammation du péritoine, déterminée par la perforation d'une ou plusieurs ulcérations intestinales, sera révélée par les phénomènes suivants : apparition subite d'une douleur violente dans un point de l'abdomen; augmentation de cette douleur à la pression la plus légère; extension rapide de cette douleur à une étendue plus ou moins grande; altération profonde des traits; nausées et vomissements; matité dans une étendue plus ou moins grande de l'abdomen (si ce moyen d'investigation peut être supporté).

Quant aux lésions de l'appareil circulatoire, dans presque tous les cas où le cœur est ramolli, le pouls présente les caractères suivants : inégalité, petitesse, irrégularité, faiblesse, intermittences, tremblotements.

Les battements de cet organe participent à ces caractères anormaux. Il existe, dans le cas de caillots développés dans ces cavités, des bruits anormaux que révèle l'auscultation.

Quant aux caractères résultant seuls de l'état du pouls, on ne peut conclure dans ce cas rien de bien complètement probant relativement aux altérations des organes de la circulation; le trouble de l'innervation et l'altération de la masse du sang sont des éléments qui peuvent se réunir pour amener ces résultats. Nous y

reviendrons lors de l'examen de cette dernière cause.

Vers l'appareil respiratoire, les lésions de l'épiglotte et du larynx donnent quelquefois lieu à la raucité de la voix, et même à l'aphonie; rarement les malades se plaignent de douleur à la gorge.

La lésion des bronches et des poumons se dénote par la toux, l'expectoration d'une mucosité transparente dans laquelle on observe parfois quelques stries de sang; dans quelques cas, par des douleurs dans les parois de la poitrine, et par un sentiment d'oppression plus ou moins considérable, etc. (Andral).

L'auscultation fait entendre des râles divers, sibilants, muqueux, quelquefois sous-crépitants. La percussion dénote par une matité absolue ou relative cette splénisation si fréquente dans la fièvre typhoïde. L'accumulation des mucosités dans les bronches gênant l'arrivée de l'air dans les tubes capillaires et conséutivement la fonction de l'hématose, il s'ensuit une asphyxie plus ou moins lente ou rapide, (anhématose par écume bronchique, de M. Piorry) qui se révèle par les phénomènes extérieurs, et plus exactement par la percussion et l'auscultation.

Quant aux altérations dans la plèvre, le diagnostic des épanchements sanguins observés par MM. Louis et Andral sera obtenu par les signes généraux des épanchements thoraciques, et surtout par la percussion et l'auscultation. Nous ne croyons pas avoir besoin d'entrer dans des détails sur cette rare circonstance de l'état typhoïde.

Quant aux désordres qui se rattachent à l'appareil encéphalique, les symptômes cérébraux sont fréquents dans la fièvre typhoïde, tandis que les lésions matérielles, ainsi que nous l'avons dit, sont très rares (à part la congestion sanguine). Donc de l'existence des symptômes nerveux, on ne doit pas conclure à l'existence des lésions dans l'appareil cérébral. Nous en dirons autant pour la moelle.

Quant aux signes fournis par les lésions de l'appareil urinaire, nous noterons la douleur existant dans la région qu'occupent les reins, douleur développée à une pression plus ou moins forte; la percussion, qui fera reconnaître s'il y a augmentation dans leur volume, altération dans leur consistance, etc.

Le développement de la vessie sera diagnostiqué à la simple vue dans quelques cas; mais toujours la percussion devra être employée pour bien limiter cette ampliation. Les altérations de l'urine seront appréciées par leurs caractères physiques et leurs réactions chimiques; ainsi, si elles sont ammoniacales, si elles sont albumineuses (Rayer), si elles sont purulentes, ces caractères seront reconnus par des moyens dans le détail desquels nous n'avons pas besoin d'entrer.

Les altérations de la peau, pétéchies, sudamina, escarres, se révèlent par la simple vue.

Les altérations du sang, peuvent être présumées *à priori* par l'existence des phénomènes, tels que la prostration profonde, l'adynamie, la propagation de la souffrance à presque tous les organes de l'économie, l'apparition de ces hémorragies, qui se font à la surface des membranes muqueuses, de quelques séreuses, et de la peau; par l'altération de la plupart des liquides sécrétés, par l'état du pouls, et par tous les troubles de la circulation, de l'innervation sans lésion matérielle, etc., etc.

En second lieu, l'examen direct du sang, sa diffuence, sa couleur, les couches anormales dont il se recouvre, peuvent déjà révéler les altérations physiques de ce liquide. L'analyse chimique est venue compléter cette reconnaissance, et ajouter encore d'une manière plus précise aux lumières déjà acquises sur ce point; de telle sorte que le diagnostic de cette lésion organique, tiré d'abord de l'induction, est devenu plus complet qu'à aucune autre époque.

Maintenant que nous avons décomposé cet état complexe appelé fièvre typhoïde en ses éléments principaux et accessoires, que nous avons établi les deux bases du diagnostic anatomique dans cette affection, c'est-à-dire d'une part l'existence des diverses lésions qui la constituent d'une manière fondamentale ou consécutive, et de l'autre les moyens d'arriver à reconnaître ces diverses lésions, à les diagnostiquer en un mot, sera-t-il besoin d'insister longtemps pour démontrer jusqu'à quel point cette connaissance précise de tous les états organo-pathologiques existants et révélés dans cette maladie par nos moyens d'investigation exacte, pourra éclairer l'histoire du traitement? De tout temps il a été reconnu, et c'est une vérité presque triviale, que pour pouvoir traiter une affection morbide, il faut l'avoir bien reconnu, mais dans ce cas, après le travail auquel nous nous sommes livré, que dirons-nous de ce diagnostic, non de la maladie, mais de toutes les altérations organiques qui la constituent, qui la forment, qui la font exister, et se produire à l'état simple ou compliqué, avec ses bases fondamentales et ses épiphénomènes?

Entrons cependant dans le détail qui nous est demandé, et nous y trouverons une mine féconde à exploiter, soit dans l'exposition de quelques idées préliminaires que nous devrons présenter, soit dans les conséquences pratiques auxquelles nous serons conduit.

§ III. Jusqu'à quel point la connaissance, le diagnostic des lésions anatomiques constatées dans cet ensemble appelé fièvre typhoïde, peut-il éclairer son traitement?

Nous sommes arrivé à établir et à reconnaître, par l'étude à laquelle nous venons de nous livrer, que deux altérations principales, fondamentales, constituaient les caractères anatomiques constants de l'état morbide complexe si mal nommé *fièvre typhoïde*. Nous avons vu que ces éléments

étaient : 1<sup>o</sup> une altération spéciale du sang, et 2<sup>o</sup> une phlegmasie de l'intestin, localisée surtout dans certains points de la muqueuse.

Mais, ces deux données acquises, il est une question non moins importante, que tout clinicien logique devra avoir résolue avant que le traitement qu'il doit mettre en usage soit éclairé, et la voici : Quelle est la valeur relative de ces deux altérations ? Celle qui est démontrée dans le sang domine-t-elle la lésion intestinale ? En est-elle la cause, la raison première ? Ou bien la phlegmasie de la muqueuse et des plaques est-elle le fait primitif; l'altération du sang n'en est-elle que la conséquence ? Quelque intéressante que soit cette discussion, elle ne tombe certainement pas dans notre domaine. En effet, nous avons à examiner quelles sont les lumières fournies par le diagnostic anatomique dans cette affection, et non celles qui naissent de l'opinion formée sur leur nature, leur pathogénie. Il nous suffit, pour le point de vue spécial que nous avons à traiter, d'avoir établi que nous reconnaissons deux lésions importantes dans la maladie qui nous occupe et que toutes deux, reconnues par le diagnostic, fournissent des indications au traitement.

L'inflammation intestinale exige évidemment un traitement antiphlogistique. Nous n'avons pas à entrer ici dans les détails de ce traitement, ni dire comment, à quelles doses, dans quel espace de temps, avec quelles précautions il faut formuler cette partie si importante de la thérapeutique de cette affection ; pour la solution de notre sujet, il nous suffit d'avoir diagnostiqué, isolé l'élément inflammatoire, d'avoir indiqué sous un point de vue général et philosophique la conséquence pratique de ce résultat, en disant que nous nous adresserons à lui particulièrement.

Mais pour continuer à envisager ici sous le point de vue qui m'est prescrit le sujet de ma question, citons quelques

phrases d'un article qui répond en grande partie aux conclusions qui nous restent à tirer.

« Quelles que soient les opinions que l'on se forme sur la nature de cette affection , dit M. le professeur Pierry, quel que soit le scepticisme que l'on professé , quels que soient les résultats de la statistique , on ne peut nier que chaque état organo-pathologique dont l'ensemble constitue cette maladie se prête évidemment à une indication spéciale. L'inflammation et l'ulcération des plaques agminées de Peyer, celles du colon et du rectum, sont, dans la collection de symptômes dite fièvre typhoïde , des éléments particuliers fort graves, et dont il importe de diriger convenablement le traitement. Ces inflammations , ces ulcerations n'exigent point, en définitive, d'autres moyens thérapeutiques que s'il s'agissait de phlegmasies simples : porter sur les surfaces malades des substances aqueuses, mucilagineuses , et cela , suivant le cas , par la bouche , par le rectum , ou par l'un et l'autre à la fois. Dans les cas très aigus, et lorsque les quantités de liquide en circulation permettent de le faire , avoir recours à des évacuations sanguines modérées , soit générales , soit locales , c'est-à-dire à la région hypogastrique dans l'iléite typhoïde ; insister sur ces moyens tant que le sujet n'est point trop affaibli , et tant que les symptômes locaux l'indiquent : telles sont d'abord les indications qui se présentent à l'esprit , et celles que la pratique consacre . »

La connaissance acquise de la présence des ulcerations éclairera-t-elle certaines parties du traitement? Nous le pensons. En effet, lorsqu'on aura agi sur l'élément inflammatoire pour empêcher la formation des ulcerations , lorsque les antiphlogistiques auront été prescrits avec la mesure exigée par chaque individualité , il y aura encore quelques soins spéciaux réclamés par le seul fait de la présence des ulcères

intestinaux. « Les substances que le tube digestif contient, » et qui, lorsque la membrane digestive est intacte, ne la blesSENT point, ces substances sont fort susceptibles de l'irriter lorsqu'elle est enflammée et ulcérée. Cela est vrai, surtout de la bile des liquides acides que l'estomac contient, et des résidus de digestions qui, devenus plus ou moins putrides, ont séjourné dans les intestins... Aussi voit-on que ce sont surtout les parties des intestins où stagnent principalement les substances dont nous parlons qui sont en général les lésions les plus graves. De là l'indication urgente, absolue, d'évacuer par des injections, des pressions, des frictions abdominales, ou par des purgatifs, les liquides que le tube digestif peut contenir. Cette indication des purgatifs sera remplie au moyen des substances les moins irritantes, telles que le sulfate de soude ou de magnésie, et la réitération de leur emploi sera subordonnée au degré d'amélioration dont leur emploi sera suivi, et à la constatation que l'on fait de la présence de la bile (M. Pierry). »

A cette occasion nous dirons que nous partageons entièrement l'opinion de ce professeur. Autant nous donnerions sans hésiter un purgatif doux pour arriver à vider un intestin gorgé de matières liquides ou solides, autant nous craindrons de prescrire des purgatifs réitérés d'une manière absolue et générale, sans avoir égard à aucun diagnostic anatomique.

Est-il d'autres moyens d'agir directement sur la surface ulcérée intestinale? Guidé par des idées *à priori*, on a employé pendant longtemps le chlorure de soude à l'intérieur; mais il n'arrive pas à cet état chimique sur les ulcéraTions; il est ordinairement transformé dans l'estomac en chlorhydrate de soude et en chlore, lequel peut avoir une certaine influence. Des décoctions légères de quinquina peuvent être

données ; mais il est probable que tous les médicaments sont absorbés avant d'arriver au jéjunum, et par conséquent ils ne peuvent agir sur la fin de l'iléum. Cependant en ayant la précaution de donner les boissons en très grande quantité, on peut espérer qu'elles arriveront jusqu'aux plaques. Les décoctions de quinquina pourront peut-être remplir ce but ; car, en raison de leur propriété astringente, elles chemineront plus loin encore dans le tube digestif par le resserrement des bouches absorbantes sur lesquelles elles passeront. Ainsi elles arriveront sur les ulcérations, nettoieront et modifieront leur surface d'une manière avantageuse. M. Pierry, conduit par des idées analogues, propose de donner de légers aliments féculents dès que les malades ont le désir d'en prendre ; il considère ces moyens comme de légers topiques émollients, préférables pour les ulcérations au contact de la bile altérée et des acidités gastriques.

Les indications fournies par l'examen de la bouche, du nez, de la langue, conduiront à nettoyer la cavité buccale, les dents, à humecter très souvent la langue, afin d'empêcher la dessiccation, à enduire les narines de corps gras, etc.

Le météorisme révélé par le diagnostic anatomique exigea aussi quelques moyens particuliers. Ainsi on ne donnera pas de boissons gazeuses qui pourraient augmenter la distension des intestins. On administrera par la bouche et l'intestin des poudres absorbantes qui n'auront pas d'action irritante sur l'intestin. Enfin, si les gaz gênent considérablement, s'ils existent dans le colon, on pourra essayer de les enlever par des moyens mécaniques convenables.

L'état inflammatoire de l'intestin colon révélé par le diagnostic réclame quelques indications particulières. Ainsi, lorsqu'il se produit une de ces diarrhées abondantes, de ces flux séreux, de ces entérorrhées qui, par leur abondance et

leur répétition , ont pour résultat de jeter les malades dans une profonde anémie , il ne faut pas hésiter à donner quelques légers astringents par l'anus, de soutenir, autant que le permettent les autres organes , par l'administration de quelques toniques , par l'usage même de légers aliments féculents , qui auront, dans ce cas, le double avantage d'entretenir les forces du malade et de s'opposer à la continuation de ces diarrhées abondantes.

Le diagnostic des altérations anatomiques de l'estomac éclaire le traitement de la fièvre entéro-mésentérique, en ce sens qu'il peut le modifier de manière à en diriger une partie vers la souffrance de ce viscère. L'inflammation simple du ventricule , dénotée par les signes fournis par l'induction plutôt que par des moyens exacts, sera traitée d'une manière directe par des émissions sanguines locales , l'usage des boissons émollientes, etc. La connaissance de la participation de l'estomac à l'état pathologique de l'intestin pourra aussi fournir des contre-indications sérieuses à l'usage de certains moyens : ainsi l'emploi réitéré des purgatifs devra être , suivant nous , complètement abandonné ou singulièrement restreint, dans les cas où existera cette complication. Le diagnostic anatomique de l'ulcération de ce viscère ne pouvant pas être positivement porté , le traitement ne sera pas éclairé ; d'ailleurs cette lésion est extrêmement rare.

Si les ulcérations du pharynx sont diagnostiquées, soit à la simple vue, soit par des signes que nous avons signalés, des indications spéciales naîtront ; les gargarismes émollients et légèrement détersifs, etc., devront être conseillés pour être fréquemment employés.

Le diagnostic anatomique de l'état de la rate , démontré si complètement par la percussion plessimétrique , éclaire-t-il le traitement de cette altération ? Suivant quelques

observateurs, l'hypertrophie et surtout le ramollissement de la rate dépendant de l'état du sang, n'exigent pas d'autre traitement que celui adressé à cette cause générale. Suivant M. Pierry, le développement de cet organe serait favorablement modifié par l'administration du sulfate de quinine. Ce savant ne pense pas que l'état inflammatoire de la fin de l'intestin, et même que les ulcérations qui peuvent avoir leur siège dans ce point, soient une contre-indication à l'emploi de ce médicament; car il ne doute pas que ce sel, alors qu'il est rendu soluble par un excès d'acide, ne soit absorbé en grande proportion dans l'estomac et le duodénum, de telle sorte qu'aucune partie n'en arrive jusqu'aux ulcérations. Dans ce cas, un moyen précieux de traitement local aura été indiqué par le diagnostic anatomique.

Le diagnostic de l'hypertrophie du foie n'éclaire le traitement que d'une manière tout-à-fait secondaire: ainsi, au début, avec quelques phénomènes de réaction fébrile, et même de pléthora, cet état de l'organe hépatique doit porter à saigner avec plus d'ampleur et de hardiesse; mais vers la fin de la maladie, lorsque des symptômes de prostration profonde, de septicémie, sont en première ligne, nous ne pensons pas que cette hypertrophie présente une indication bien formelle.

La connaissance obtenue de l'état des reins pourra être la base d'indications importantes qui auraient été négligées, si nos procédés sévères d'exploration n'étaient venus, en révélant la souffrance de cet organe, porter sur lui une attention détournée par l'étude de tant d'autres états organopathologiques existants.

Ainsi la néphrite spontanée est rare; mais quand elle aura été reconnue, son traitement pourra être pris dans la classe des émollients ou des antiphlogistiques proprement dits, en l'adaptant à l'état particulier des forces du sujet, et

en ayant égard à toutes les autres circonstances concomitantes.

Dans le cas où la vessie aura été reconnue contenant de l'urine, il faut avoir soin de sonder plusieurs fois par jour; ce moyen seul et des boissons émollientes suffiront dans quelques cas pour remédier à ces néphrites, qui ne se sont développées qu'à la suite de la réplétion, du regorgement de l'urine dans la vessie, les uretères et jusque dans les organes sécrétaires.

Le diagnostic des altérations survenues dans l'organe central de la circulation et dans les gros vaisseaux, l'aorte principalement, ce diagnostic, dis-je, obtenu non seulement par les signes fonctionnels tirés de l'induction, mais encore par les procédés de la science exacte que nous possérons aujourd'hui, c'est-à-dire la plessimétrie et l'auscultation, doit fournir des lumières précieuses au traitement.

Si des caillots se forment dans le cœur et l'aorte, et c'est à peu près le seul cas où la thérapeutique puisse intervenir, l'application de quelques ventouses, si l'état du pouls le permet, sinon l'emploi d'un large vésicatoire camphré, pourront dans bien des circonstances remédier à cette grave complication. Nous avons pu observer fréquemment cet utile résultat dans les salles de M. Bouillaud.

Le diagnostic des altérations anatomiques du poumon et des bronches fournit des données précieuses au traitement. Et d'abord, pour prévenir la pneumonie hypostatique, il faut donner au malade une position qui variera après certaines heures de durée, pour remédier à cet état morbide, lorsqu'il sera survenu; la position peut encore être mise en usage; en outre, dans quelques cas, si l'état général le permet, des émissions sanguines dirigées seulement contre ces altérations de l'organe pulmonaire, pourront devenir nécessaires. Le plus souvent on ne peut employer pour combattre

ces états organo-pathologiques que de larges vésicatoires appliqués sur les parois thoraciques.

Enfin dans les cas d'anhématose par l'écume bronchique, des expectorants, et quelquefois même de légers vomitifs, pourront être prescrits pour désobstruer les bronches.

Le diagnostic ordinairement négatif des altérations du cerveau et de la moelle, complètement tiré, il est vrai, de l'induction, n'en a pas moins sa valeur. Ainsi, en observant que le délire est un phénomène assez habituel de l'entéromésentérite septicémique, un médecin qui ne connaîtait pas les résultats, le plus souvent nuls, de la lésion de la substance nerveuse, serait tenté de se préoccuper beaucoup d'une altération matérielle vers l'encéphale ou la moelle, et son traitement serait dirigé dans ce sens, peut-être exclusivement, tandis qu'un observateur parfaitement éclairé sur la rareté de ces lésions, considérera ces symptômes comme nerveux ou dépendants de l'état du sang, et son traitement qui se serait fourvoyé sera éclairé par ce diagnostic négatif.

Enfin le diagnostic que donne la simple vue des diverses altérations de la peau, conduit pour quelques unes d'elles à certaines indications qui ont leur utilité. Des bains pourront être donnés, quand la peau est sèche, terreuse, sans sécrétion, s'il n'y a pas de contre-indication ; de petits abcès seront ouverts, des érysipèles simples et de mauvaise nature seront traités par des topiques émollients ou autres ; enfin les escarres seront pansés avec la plus grande attention, si on n'a pu en prévenir la formation. Tous les soins de cettenature, qu'un esprit frivole ou qui n'a étudié la science que dans les livres, pourrait regarder comme fuites et de nulle importance, sont pour le praticien qui a vu et étudié au lit du malade d'une utilité si remarquable qu'il n'est pas un de nous, médecins des hôpitaux, qui ne se rappelle

avec douleur un ou deux cas dans lesquels une issue funeste est survenue par le seul fait de la négligence ou de l'impossibilité de ces soins.

La connaissance de l'état de défibrinisation du sang éclaire-t-elle d'une manière directe le traitement de cette lésion? Dans une autre altération de ce liquide, bien connue, bien caractérisée par des recherches chimiques, on est parvenu à trouver un traitement direct. Ainsi, dans cet état du fluide sanguin qui est surtout constitué par une augmentation de l'eau et une diminution des globules, les médicaments ferrugineux susceptibles de donner de l'oxyde de fer à l'absorption sont spécialement indiqués, puisque dans ce cas on redonne au sang un des éléments chimiques qui lui manquent pour réformer des globules. Mais, dans l'altération qui nous occupe, nous ne connaissons pas un moyen direct de rendre au sang les qualités chimiques qui lui manquent, c'est-à-dire la fibrine dont, suivant M. Andral et Gavarret, il est plus ou moins privé.

D'après les expériences de M. Mulder, il existerait dans ce cas une moindre proportion d'oxygène combiné à la protéine. De là des indications précieuses surgiraient sur l'hygiène du malade : on devrait le placer dans des conditions atmosphériques où l'oxygène serait en plus grande abondance, ne pas chauffer trop fortement la chambre où il serait couché, etc., résultats qui concordent avec ceux que la pratique a établis.

Quant à l'élément septicémique non retrouvé à l'analyse chimique, mais qui est bien certain, provenant, suivant MM. Bouillaud, Pierry, de l'absorption de matières putrides, et résultant, suivant M. Andral, d'une cause première qui lui échappe ; quant à cet élément, dis-je, son diagnostic éclaire-t-il le traitement? Oui, certainement, et d'une manière très importante ; l'emploi de tous les désinfectants

devra être prescrit. En outre, il ressortira de cette connaissance, l'indication d'éteindre la phlegmasie intestinale autant que possible dès les premiers moments de sa durée; car, plus tard, et surtout lorsque les ulcérations seront formées, les saignées générales auront pour résultat de favoriser l'absorption, et d'augmenter ainsi l'arrivée dans le sang des éléments délétères.

J'ai terminé l'étude des indications thérapeutiques fournies par le diagnostic anatomique. Dans cette réunion d'états pathologiques, j'ai pu, j'ai dû négliger certains détails; mais je pense avoir insisté sur les plus importants; il ne me reste plus qu'à formuler en quelques mots mes conclusions finales.

Le diagnostic anatomique, c'est-à-dire la connaissance obtenue des lésions existantes dans une réunion d'états pathologiques donnés, est le résultat le plus élevé auquel la science médicale soit parvenue.

Ce diagnostic ne peut encore résulter bien des fois que de l'induction; il doit, dans toutes les circonstances où cela est possible, procéder par les moyens d'investigation précise que la médecine possède aujourd'hui. Si toutes les lésions organo-pathologiques pouvaient être mesurées, appréciées, comme le sont les lésions du poumon et du cœur, la médecine deviendrait une science exacte, et c'est une marche vers laquelle elle tend aujourd'hui.

Le diagnostic anatomique éclaire le traitement non seulement par les résultats positifs qu'il fournit, mais aussi par les résultats négatifs auxquels il mène.

Le diagnostic anatomique donne la plus véritable mesure des indications et des contre-indications: aussi doit-il porter sur tous les organes; et enfin, sans pouvoir dire jusqu'à quel point il éclaire le traitement, car ce point ne peut pas être mathématiquement indiqué, nous dirons en terminant

pour répondre à la question qui nous est posée dans notre sujet de thèse :

Le diagnostic anatomique est le plus sûr et le meilleur, je dirais presque le seul flambeau que nous possédions pour éclairer le traitement des maladies dites *fièvres essentielles*. Non seulement il montre du doigt les lésions principales, mais encore il fait reconnaître autant qu'il est possible, dans l'état actuel de la science, toutes les circonstances anormales, accessoires, secondaires, épiphénoménales, qui se produisent dans ces états organo-pathologiques complexes.