Traité des maladies infectieuses; maladies des marais; fièvre jaune; maladies typhoïdes, fièvre pétéchiale ou typhus des armées, fièvre typhoïde, fièvre récurrente ou à rechutes, typhoïde bilieuse, peste; choléra / Tr. par G.Lemattre.

Contributors

Griesinger, Wilhelm, 1817-1868.
Vallin, Émile 1833-1924.
Royal College of Physicians of Edinburgh

Publication/Creation

Paris : Bailliere, 1877.

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/jd5affb5

Provider

Royal College of Physicians Edinburgh

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by the Royal College of Physicians of Edinburgh. The original may be consulted at the Royal College of Physicians of Edinburgh. where the originals may be consulted.
This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

wellcome collection

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
https://wellcomecollection.org

thum Nassau, I, 1843. — Piorry, Traité de Médecine pratique, t. IV, 1845. — Jacquot, Gazette médicale, 1848, et Bulletin de l'Académie de médecine, 1848, t. XIII, p. 723; 1851, t. XVI, p. 1253; De l'Origine miasmatique des Fièvres endémo-épidémiques, dites intermittentes; Annales d'hygiène publique, 1854, 2e série, t. I, p. 33; 1855, 2e série, t. III, p. 5 (*nombreuses indications bibliographiques*). — Heusinger, Recherches de Pathologie comparée, Cassel, 1853, t. I. — Steifesand, das Malariasiechthum, etc., Crefeld, 1848. — Pfeufer, Zeitschrift für rationnelle Medizin, 1849, I et II Heft. — Drake, Systematic Treatise on the principal Diseases of the interior Valley of North-America, Cincinnati, 1850, second Series, Philadelphia, 1854. — Canstatt, Prager Vierteljahrschrift, 1850, Bd. IV. — Wolff, Annalen de Charités Krankenhauses, I, 1850. — Heinrich, Med. Zeitung Russlands, 1850. — Mekel, deutsche Clinik, 1850. — Heschil, Zeitschrift der königl. Gesellschaft d. Aerzte in Wien, 1850, I. — Rinecker, Verhandlungen der phys. med. Gesellschaft in Würzburg, 1851. — Dietl, Osterreich med. Wochenschrift, 1852. — Dundas, Sketches of Brazil, London, 1852. — A. Bonnet, Traité des Fièvres intermittentes, 2e édit., Paris, 1853. — Bierbaum, das Malariasiechthum, Wesel, 1853, und Deutsche Klinik, 1862, n° 29. — Th. Clemens, Henke-Behrend, Zeitschrift für Staatsarzneikunde, 1853, et Archiv für physiologische Heilkunde, mai 1853. — Planer, Zeitschrift der k. k. Gesellschaft. Hamm, 1854. — Frerichs, die Melanœmie (Zeitschrift für klinische Medizin, Breslau, 1855); Traité pratique des Maladies du Foie et des Voies biliaires, traduit de l'allemand, 2e édit., Paris, 1866, p. 488. — Hauschka, Compendium der speciellen Pathologie, I Theil, 1855, p. 159. — Michæl, Archiv für physiol. Heilkunde, 1856, p. 39. — Duchek, Prager Vierteljahrschrift, 1858, Bd. LX, p. 73. — Théod. Wilson, On Malaria, London, 1858. — Haidenhain, Virchow's Archiv, XIV, 1858, p. 519. — A. Hirsch, Handbuch der historisch-geogr. Pathologie, I, 1859. — Ringer, Med.-Chirurgical Transactions, vol. XLII, London, 1859. — Grohe, Virchow's Archiv, XX, 1861, p. 306. — Durand (de Lunel), Traité des Fièvres intermittentes, Paris, 1862. — Weinberger, Oestr. Zeitschrift für prakt. Heilkunde, 1862, n° 8. — Heschl, Melanæmie (*ibid.*, 182. n° 40). — Barker, Malaria and Miasmata, London, 1863.

Fièvres rémittentes. — Grainger, Historia Febr. anom., Batav. 1753, — Cleghorn, Diseases of Minorca. — Lind, De Febre remitt. putrida in Bengalia. Thes. med., Edinburgh, t. III, 1785. — Jackson, Ueber das Fieber auf Jamaica, Leipzig, 1796. — Moselay, Treatise on Tropical Diseases, London, 1789. — Balfour, Treatise on putrid intestin remitt. Fever, London, 1796. — Dawson, Observ. on the Walcheren Diseases, London, 1810. — Davies, On the Fever of Walcheren, London, 1810. — Wright, Hist. of the Walcheren remitt. Fever, London, 1812. — Boyle, Some remarks of the Fevers of Sicily (Edinburgh Journal, 1815, vol. VIII); An Account of the Western Coast of Africa, etc., London, 1831. — Burnett, Pratic. Account of the Bilious remittent Fever of the Mediterranean Fleet, London, 1816. — Chisholm, Manual of the Climate und Diseases of tropical Countries, London, 1822. — Bakker, de Epidemia quæ, 1825, Groningam afflixit, Groningen, 1826. — Thussinck, Allgemeine Oberzigt, Bremen, 1827. — Thyssen, Ueber das Herbst Fieber in Amsterdam, 1827. — Hillenkamp, Hufelands's Journal, 1827. — Annesley, Diseases of India, I, II, 1828. — Stewardson, American Journal april 1841. — M'William, Medical History of the Expedition of the Niger, London, 1843. — Pritchett, Some Account of the African remittent fever, London, 1843. — Wilson, Edinb. Journal, 1846. — Robertson, Medical Notes on Syria (*ibid.*, 1843, vol. LX). — Bryson, Report of the Climate and princip. Diseases of the African Station, London, 1847. — Barthlett, History of the Fevers of the United States, Philadelphia, 1847. — Cameron, Edinburgh Journal, 1848, vol. LXXI. — Kehœ, Dublin Journal, 1848, vol. VI. — Haspel, Maladies de l'Algérie, 2 vol., 1852. — Epp, Schilderungen aus Hollandisch-Indien, Heidelberg, 1852. — Murphy, On a recent Epidemie of remittent Fever at Prome Burmah. (Medical Times and Gazette, 1853, vol. VII, p. 7).

on ne désigne point seulement des cas de fièvres avec apyrie incomplète, mais certaines maladies qui se développent le plus souvent d'une manière endémo-épidémique, présentant certaines particularités ayant trait à la marche, aux complications, au traitement, et justifiant ainsi une distinction de *forme*.

§ 74. **Conditions de développement, distribution géographique.** — Ces fièvres ne se développent guère que dans les contrées où le miasme paludéen sévit avec une certaine intensité ou au milieu des fortes épidémies ; on en constate cependant quelques cas sporadiques, surtout en automne et à certaines années, même dans des localités où l'influence endémique est faible, comme j'eus moi-même autrefois la fréquente occasion de l'observer dans les environs de Tubingen. Ces formes règnent de préférence dans les pays chauds, dans ces contrées où les étés sont très-chauds, comme au nord de l'Afrique, et elles y sont alors les plus fréquentes de toutes les maladies aiguës. Elles s'observent aussi dans les contrées froides (Hollande, nord de l'Allemagne), mais surtout pendant les les années très-chaudes ; c'est être cependant trop absolu au point de vue dogmatique que de vouloir ranger au nombre des fièvres rémittentes et de rapporter au miasme paludéen toutes les fièvres actuelles des pays chauds et en particulier des tropiques. Indépendamment du typhus et de la fièvre intermittente, bien d'autres maladies aiguës peuvent se développer sous l'influence de conditions de vie très-différentes des nôtres quoiqu'elles soient inconnues dans leurs causes et leur essence, et l'on ne saurait reproduire ici en faveur d'une identité de nature l'action puissante de la quinine tant de fois invoquée, puisque l'on s'est plaint si souvent de son inefficacité dans les *rémittentes* des tropiques. Elles se propagent souvent avec une grande extension dans les lieux de leur développement endémique, elles peuvent ensuite disparaître pour des années. Elles offrent parfois une certaine propagation topographique un peu différente de celle de la fièvre intermittente ; dans beaucoup de contrées tropicales, les fièvres rémittentes règnent sur les côtes ; dans l'intérieur des terres ou sur les plateaux élevés, on n'y observe que la fièvre intermittente légère ; lorsque les marécages se dessèchent la véritable fièvre intermittente peut disparaître, elle est alors remplacée par les fièvres rémittentes, puis par le typhus et la dyssenterie.

Les indigènes ou les individus acclimatés des côtes marécageuses des tropiques paraissent ne souffrir que de la fièvre intermittente ou d'une fièvre rémittente légère ; les nouveaux arrivés, presque

cés, le tannin à la dose de 0gr,50 par jour à l'intérieur, le nitrate d'argent en lavement 0gr,10 à 0gr,20 chaque fois ; l'on doit en même temps appliquer des cataplasmes fortement sinapisés.

La constipation prolongée sera surtout traitée par une dose d'huile de ricin ; s'il y a un degré intense de météorisme, on emploiera aussitôt des lavements avec une infusion de camomille et préférablement avec addition d'huile de térébenthine, puis des évacuants, de l'huile de ricin ou du calomel, et enfin des frictions aromatiques ou camphrées sur l'abdomen ; contre la distension gazeuse très-considérable, on donnera des lavements froids et on appliquera sur le ventre des vessies de glace ; ces applications froides pourront donner lieu à l'évacuation d'une grande quantité de matières liquides et soulager le malade. La tentative souvent faite de retirer les gaz au moyen d'une seringue a rarement un plein succès, mais la simple introduction d'une sonde de fort calibre m'a rendu de grands services, en faisant diminuer de suite le volume du ventre par l'évacuation d'une certaine quantité de gaz et de matières fécales liquides (1). Dans les hémorrhagies intestinales, l'emploi continu et énergique du froid en lavements glacés, en applications glacées à l'extérieur et à l'intérieur sous forme de fragments de glace, est de la plus grande utilité ; les fomentations glacées sont bien supportées, mais elles ne conviennent point quand la température est fortement abaissée et que le malade est très-épuisé ; lorsqu'il existe des douleurs de

(1) On sait avec quel succès les vétérinaires emploient la ponction stomacale et intestinale dans le cas de pneumatose des voies digestives : des expériences récentes de M. Lafosse (*Recueil de médecine vétérinaire*, janvier 1870) ont confirmé l'innocuité à peu près complète de ces ponctions. En ces dernières années, M. Fonssagrives (*Considérations pratiques sur la pneumatose gastro-intestinale et son traitement, Bulletin de thérapeutique*, 1866, t. LX, p. 289) a fait d'heureux efforts pour réhabiliter et populariser cette opération dans les cas de pneumatose asphyxique, menaçant la vie des malades. Pratiquée avec un trocart capillaire et un appareil aspirateur, elle est presque aussi inoffensive chez l'homme que chez les animaux ; sans doute on ne vide ainsi que quelques anses intestinales, et le tube s'engorge parfois souvent par le passage des matières, mais on peut multiplier les ponctions succes sives. Quelques accidents mentionnés dans plusieurs observations (*Bulletin de thérapeutique*, 1867 ; — *Marseille médical*, n° 4, 1872) ne doivent pas faire rejeter une opération réservée pour les cas graves où la vie des malades est sérieusement menacée. Même quand le météorisme résulte d'une invagination ou d'une intussusception, elle n'est pas de ce fait inutile (Discussion à l'Académie de médecine, 24 août 1875) ; les observations nombreuses de ponctions suivies de succès dans les cas de hernie étranglée, d'invaginations, etc., communiquées à la Société de chirurgie en 1872-74, en font foi. Friedreich conseille cette ponction dans la fièvre typhoïde, quand la perforation est rendue menaçante par le météorisme, et même quand la péritonite a déjà eu lieu (*Union médicale*, 1870, et *Gaz. hebd.*, 1870, p. 545). E. V.

jours au plus, et rarement de 14 jours. La guérison, dans les cas où les phénomènes sont faiblement développés, s'annonce par le retour du sommeil, des sueurs profuses, une sécrétion urinaire abondante et souvent un exanthème ou des furoncles.

§ 442. **Formes variées du choléra typhoïde.** — Ces traits les plus habituels du tableau de la maladie se modifient profondément d'après les accidents particuliers qui se produisent et qui sont l'origine des complications secondaires ; aussi l'*état typhoïde* n'est-il pas toujours identique à lui-même ; les principales différences qu'il présente sont les suivantes :

a. — L'état typhoïde consiste quelquefois dans une simple *fièvre d'irritation* (Dietl, Reuss), il est alors la conséquence d'une action violente qui a modifié profondément la nutrition et ébranlé avec force les fonctions de l'innervation ; on peut aussi le comparer avec Gendrin à la fièvre qui s'empare des individus congelés et trop rapidement réchauffés ; c'est là une forme grave de réaction exagérée. L'algidité a le plus souvent complétement disparu, le visage s'injecte vivement, le malade éprouve une céphalée intense, il est somnolent et souvent un peu égaré ; le pouls est accéléré et plein, le soir il y a une exacerbation. Une telle fièvre d'irritation peut durer pendant un court espace de temps sans aucune localisation ; en raison de l'épuisement qu'a déterminé l'attaque et de la tendance à la stupeur et à la somnolence, un appareil symptomatique spécial se développe, et du reste il est peu marqué. Ces formes de l'*état typhoïde* sont les plus légères, ce sont essentiellement des états fébriles ; elles passent à la guérison, quelquefois avec l'apparition d'un exanthème, ou bien elles donnent lieu à l'un des accidents que nous allons décrire, ou elles se compliquent d'une hyperhémie cérébrale intense et d'une exsudation séreuse de l'encéphale (contracture des muscles du cou, convulsions limitées, etc.).

b. — Beaucoup d'états typhoïdes non-seulement sont en rapport avec le trouble persistant de la sécrétion urinaire, mais bien plus en dépendent essentiellement, ils sont de nature urémique. La question de savoir si le choléra typhoïde dépend uniquement de l'urémie peut être considérée comme une vieille querelle : il y a des états typhoïdes où rien ne justifie cette hypothèse, et le sang peut subir beaucoup d'autres altérations à la suite de l'accès, telles que rétention d'autres matériaux de sécrétion, résorption des éléments exsudés, épaississement prolongé du sang, effets consécutifs de la déperdition des sels, etc., ce sont là des causes qu'on

néral, peuvent se présenter de manières différentes : la fièvre peut exister ou faire défaut, être faible ou intense ; le hoquet, les nausées, les vomissements existent souvent; mais la diarrhée manque complétement dans quelques cas, beaucoup de malades même sont constipés. Dans toutes ces circonstances l'urine est plus ou moins abondante, rarement très-copieuse ; dans quelques cas la sécrétion de l'urine fait défaut (les diarrhées profuses contribuent surtout à ce résultat) et on peut y voir une complication par l'urémie lorsqu'il y a des symptômes correspondants ; bien plus, il se peut que la formation de certaines inflammations soit dans un rapport intime avec les troubles de la sécrétion urinaire. Dans d'autres cas l'existence d'une urine albumineuse et peu copieuse fait au moins fortement soupçonner une complication de cette nature ; mais l'hypothèse de l'urémie est tout à fait forcée lorsque la sécrétion urinaire continue à être abondante. Tous ces cas sont du plus mauvais pronostic, à l'exception de ceux où il y a simplement inflammation exanthématique de la peau. Le plus souvent la maladie marche ainsi : les forces s'affaiblissent de plus en plus à mesure que le coma augmente, parfois même exceptionnellement il se produit du décubitus, la mort survient après une durée de 3-8 jours, de 12 jours au plus ; le rétablissement peut aussi avoir lieu, mais d'une manière lente ; après avoir subi plusieurs oscillations, le sensorium redevient libre peu à peu, la langue devient humide, les sécrétions et le sommeil se régularisent, etc.

§ 443. **Convalescence du choléra.** — La convalescence du choléra se produit tantôt rapidement et facilement, après des attaques légères ou même après des attaques graves, chez des individus sains auparavant et vigoureux, mais tantôt aussi très-lentement et avec difficulté. La muqueuse intestinale tout d'abord présente une grande impressionnabilité ; le moindre écart de régime détermine de nouveau la diarrhée et même un retour complet de l'attaque avec toutes ses conséquences et un pronostic toujours mauvais, ou bien il produit des troubles de la digestion de longue durée, des gastralgies, etc. — Un très-grand nombre de cas graves laissent à leur suite une faiblesse générale, de l'amaigrissement et un état maladif indéterminé ; beaucoup tombent dans un marasme extrême analogue à la cachexie de la fièvre typhoïde, qui tient à l'anémie et en grande partie à la persistance de certaines altérations de la muqueuse intestinale. Nous traiterons plus tard et longuement des autres accidents consécutifs, de ceux qui atteignent surtout le système nerveux (tels que folie, parésie, névral-

où les selles restent féculentes pendant toute l'attaque jusqu'à l'asphyxie, et même jusqu'à la mort ; ils concernent le plus souvent des personnes âgées et affaiblies, chez lesquelles un collapsus soudain a compliqué rapidement la diarrhée cholérique. Le mélange du sang aux selles est très-fréquent ; il se produit environ dans le cinquième ou le sixième des cas graves ; il a même lieu pendant l'attaque ; il se révèle bientôt six à douze heures après les premières évacuations. Lorsque la proportion de sang est faible, les selles apparaissent « couleur lavure de chair » ; les flocons qu'elles renferment sont colorés en rouge pâle ; lorsque la proportion est considérable, elles prennent une coloration d'un rouge-brun orangé ou d'un brun-chocolat ; l'odeur en est souvent alors repoussante et putride. Ces hémorrhagies, intenses dans l'attaque, tiennent à une hyperhémie violente de la muqueuse intestinale, accompagnée souvent de suffusions sanguines dans son tissu ; les hémorrhagies plus fréquentes de l'état typhoïde sont ordinairement le résultat de processus diphthéritiques. Du reste, la diarrhée, dans la seconde période, cesse complétement lorsque la réaction est prompte et marche d'une manière favorable ; les évacuations s'arrêtent pendant un ou deux jours, puis elles se produisent sous forme d'une bouillie bilieuse ; lorsque la réaction est prolongée, la diarrhée se continue plus ou moins, mais les matières sont de nouveau colorées par la bile.

Quant à ce qui concerne les cas de choléra sans aucune évacuation, le *choléra sec*, on ne saurait passer sous silence la réalité de son existence ; les observations faites à Moscou, en 1830 (Jähnichen), ont démontré que la transsudation séreuse avait lieu alors dans l'intestin, mais n'était pas évacuée au dehors ; c'est ce que prouvèrent les recherches nécroscopiques. On doit essentiellement considérer ce fait comme le résultat d'une paralysie de la musculature de l'intestin, et, dans quelques cas peut-être, du rectum. La transsudation paraît être parfois plus rare, et ne consister que dans une simple couche de mucus (Parkes). Les cas de cette nature, où les symptômes de l'attaque se développent sans évacuations, sont toujours défavorables ; ils se produisent chez les individus âgés, déprimés, et une faible quantité de liquides transsudés à travers l'intestin suffit pour les plonger dans l'état de faiblesse le plus profond.

§ 459. **Valeur pronostique de la diarrhée.** — Sous le rapport du pronostic, la nature des évacuations a une grande importance. — Les selles d'une fréquence modérée, aqueuses, présentant encore