Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: 3 (1947-1948)

Heft: 6

Artikel: Les accès fébriles périodiques dans la tuberculose pulmonaire, leur pathogénie et leur traitement

Autor: Burnand, R.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-306908

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 15.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

C. D. 616.24.002.5

Les accès fébriles périodiques dans la tuberculose pulmonaire, leur pathogénie et leur traitement

Par **R. Burnand**
Chargé de cours à l'Université de Lausanne

Nous nous sommes attaché dès 1923 (1) à étudier et à décrire une forme assez singulière de la fièvre tuberculeuse, qui n'avait jusque là retenu l'attention ni des phtisiologues ni des cliniciens, hormis celle de *Flueler*; cet auteur, médecin à Leysin, en avait publié une première observation (2), mais sans dégager la portée générale du phénomène. Il s'agit, ainsi que l'indique le titre du premier mémoire où nous en avons développé nous-même l'étude, d'accès fébriles périodiques récidivant à une cadence sensiblement régulière, certainement liés à la présence d'une tuberculose, et apparaissant chez l'homme (3). Si nous avions souligné l'importance de cette dernière particularité jusqu'à la faire figurer dans notre titre, c'est qu'elle excluait d'emblée l'assimilation des accès observés aux poussées fébriles menstruelles apanage du sexe féminin. Ultérieurement nous avons en effet recueilli des observations de poussées fébriles périodiques chez la femme qui se trouvaient être sans lien quelconque avec la période cataméniale.

Nous avons consacré à cette forme très spéciale de la fièvre tuberculeuse un second mémoire en 1929 (4), puis un troisième en 1934 (5), ce dernier consacré à la thérapeutique de cette complication, dont le pronostic, disons-le d'emblée, s'avérait très alarmant. Enfin dans un autre mémoire nous avons encadré un rappel des accès récidivants dans une étude d'ensemble de la périodicité en pathologie tuberculeuse (6). Si nous jugeons utile de revenir aujourd'hui sur la question des accès fébriles périodiques des tuberculeux, c'est pour une triple raison:

D'abord parce que cette forme de fièvre est encore trop peu connue des spécialistes et des médecins en général et que cette méconnaissance entraîne des erreurs de diagnostic; les médecins attribuent les accès observés à des grippes intercurrentes ou incriminent mille autres causes inexistantes. Deuxièmement parce que la connaissance des accès fébriles tuberculeux ouvre des aperçus fort suggestifs et sans doute lourds de signification sur les relations réciproques du bacille tuberculeux et de

l'organisme humain. Troisièmement enfin parce qu'une expérience plus étendue de cette forme de pyrexie bacillaire nous a confirmé dans la certitude qu'il existe un traitement efficace de cette complication, et que non seulement ce traitement coupe court aux accès fébriles périodiques, ce qui est déjà appréciable, mais peut conjurer la marche souvent très redoutable de l'évolution ultérieure qu'ils contiennent en germe.

Symptomatologie

Les accès fébriles périodiques des tuberculeux sont, dans les cas les plus typiques, comparables aux poussées de fièvre paludéenne ou à celles de la fièvre récurrente. Ils s'élèvent avec une grande soudaineté sur un tracé par ailleurs physiologique ou plus ou moins subfébrile, atteignant en quelques heures leur acmé, qui peut toucher ou dépasser 39°. La durée de l'accès est variable selon les sujets. Parfois d'un seul jour, il dessine dans d'autres cas un clocher flanqué de clochetons et dure 48 heures, trois jours ou davantage. Le malade éprouve des malaises variés, et dans la plupart des cas il s'ajoute au symptôme thermométrique une accentuation des phénomènes catarrhaux et congestifs au niveau du foyer pulmonaire (fig. 1).

Il existe naturellement certaines variétés individuelles touchant les caractères objectifs et subjectifs de l'accès. Ceux-ci peuvent être de violence inégale, parfois réduits à une simple ébauche. Leur cadence est souvent d'une remarquable constance, l'intervalle entre deux accès se fixant souvent autour du chiffre de 20 jours.

Une fois la fièvre récurrente tuberculeuse installée, il est bien rare de la voir disparaître spontanément. Les poussées peuvent parfois manquer pendant quelques semaines ou quelques mois, mais elles reparaissent presque toujours tôt ou tard.

Quelle est leur évolution à longue échéance ? Elle est le plus souvent fâcheuse. Dans quelques cas l'apparition des accès sur le tracé thermométrique d'un sujet bacillaire *prélude à l'installation d'une courbe fébrile de type ondulant*, dont on connaît le pronostic pratiquement fatal. Lorsque tel doit être leur aboutissement, on voit les accès fébriles s'étaler, couvrir plusieurs jours de leur montée graduelle, de leur paroxysme, enfin de leur défervescence et ce processus raccourcit les intervalles de l'un à l'autre; finalement les accès se rejoignent en un tracé sinusoïdal (fig. 2 et 3).

Signification des accès périodiques

Sur les quelques 20 à 30 malades atteints de cette complication qu'il nous a été donné d'observer, nous nous sommes attaché à une séméiolo-

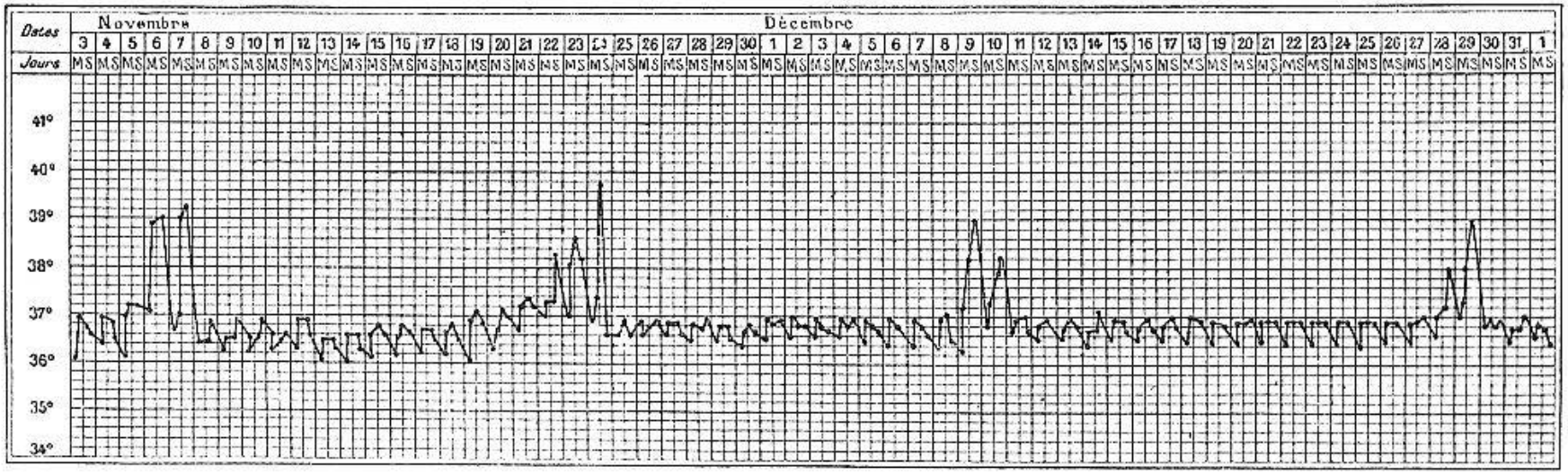

Fig. 1. Accès fébriles périodiques espacés de 15 à 20 jours.

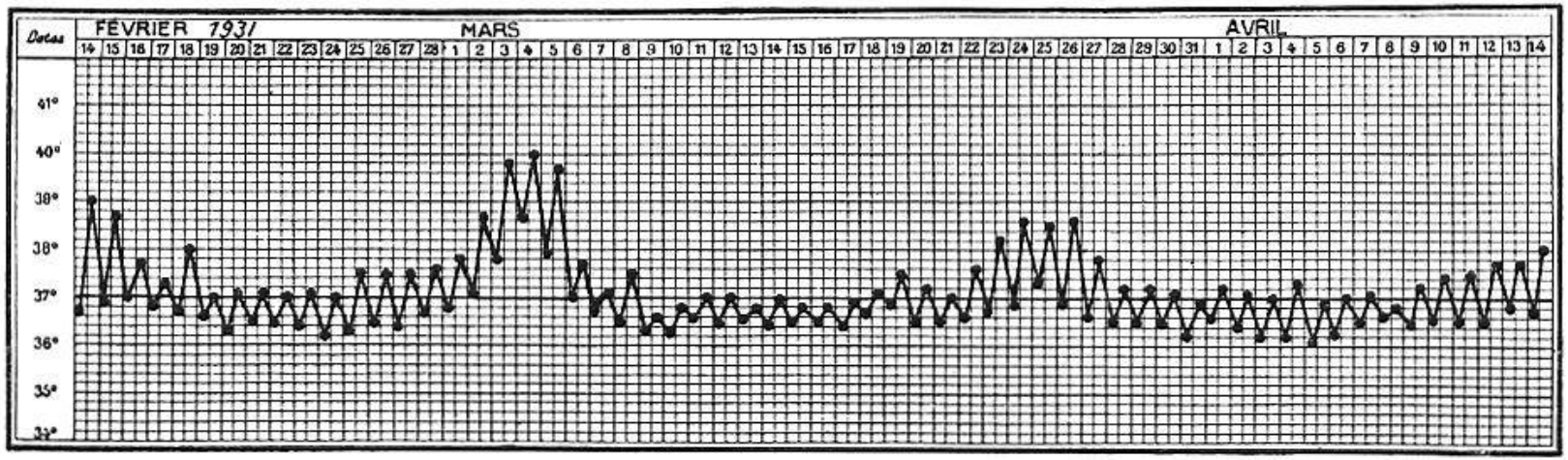

Fig. 2. Forme de transition entre les accès périodiques et la fièvre ondulante tuberculeuse.

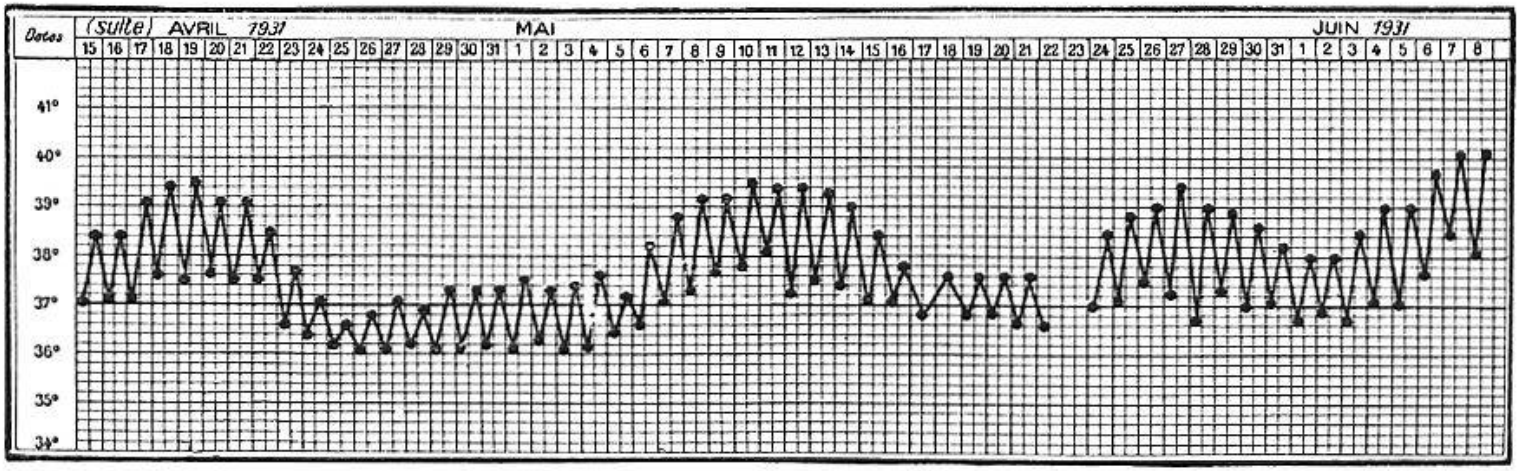

Fig. 3. Fièvre ondulante tuberculeuse (*Mazet*).

gie assez minutieuse et à des essais et expériences visant à élucider la cause intime du phénomène. Il y aurait avantage à reprendre ces recherches et à les pousser beaucoup plus loin que nous n'avons pu le faire dans un simple service sanatorial, notamment sur le plan bactériologique.

Nous ne sommes parvenu à cet égard à aucune certitude et avons dans nos mémoires successifs, plutôt envisagé des hypothèses que proposé des conclusions fermes. Les très rares auteurs qui, à côté de nous, se sont occupés de la même question, ont été plus catégoriques à notre avis. Nous commencerons par discuter leurs assertions.

Flueler, dans l'observation unique qu'il a publiée, incriminait des phénomènes alternatifs de rétention et d'évacuation au niveau des cavernes tuberculeuses, la réplétion entraînant l'accès fébrile, la vidange mécanique préparant la défervescence. Nous ne pouvons nous rallier à cette explication, pour les raisons suivantes: chez les malades porteurs de caverne nous n'avons jamais observé radiologiquement de rétention des crachats avant l'accès. D'ailleurs si l'apparition des accès périodiques s'observe généralement chez des tuberculeux avérés qui dans leur grande majorité sont atteints de foyers cavitaires avec bacilloscopie positive, ce n'est ni la gravité ni l'étendue de ceux-ci qui paraissent conditionner cette complication. Nous avons même assez souvent noté qu'après une collapsothérapie localement efficace (pneumothorax ou phrénicectomie) ayant stérilisé les crachats ou oblitéré la cavité, les accès ne disparaissaient nullement. Chose plus étrange encore, nous avons observé en 1946 des accès périodiques violents qui se produisirent plusieurs années après une pleurésie exsudative, chez une femme d'une trentaine d'années exempte au moment de leur apparition de tout foyer tuberculeux décelable. Ils cédèrent immédiatement à l'aurothérapie, ce qui suffit à nos yeux à les identifier.

Rappaport et *Ellison* (7) auteurs de l'un des seuls mémoires que nous ayons découverts dans la presse étrangère, publient deux observations très caractéristiques d'accès périodiques. Ils incriminent pour les expliquer l'action des infections secondaires entraînant des phénomènes septiques intra-cavitaires. Ils citent à l'appui de cette opinion celle de *Glogauer*, dont *Zuccola* mentionne un mémoire paru en 1927 dans les «*Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*»: chez deux malades les accès se seraient accompagnés d'efflorescences cutanées dans lesquelles on aurait mis en évidence du Staphylocoque doré.

Bien entendu il n'est pas possible d'exclure l'intervention d'infections associées. Mais une telle explication laisserait entière l'énigme de la périodicité parfois rigoureuse des accès, celle de leur transformation fré-

quente en fièvre ondulante, surtout de persistance déjà observée des accès après la fermeture de la cavité suppurante.

Quant à l'association à la tuberculose de maladies telles que la malaria ou d'autres affections à protozoaires, nous l'avons, bien entendu, recherchée avec un soin particulier chez les malades atteints d'accès périodiques que nous avons observés en Egypte. Ni par les recherches hématologiques, ni par les thérapeutiques d'essai nous n'avons réussi à mettre en évidence leur intervention.

Une autre hypothèse se présente à l'esprit: celle d'une succession chez le même individu de phases d'hypersensibilité et de phases de résistance vis-à-vis de l'infection bacillaire, s'extériorisant par la marche de la température. Celle-ci écrirait en quelque sorte le graphique de ces alternances. C'est là, implicitement, l'hypothèse que défendait *Jaquerod* dans un mémoire où il ne fait d'ailleurs aucune allusion aux travaux antérieurs au sien, et qu'il intitule «Considérations sur les Réactions et les Auto-réactions tuberculiniques»[1]). *Jaquerod* décrit ces «incidents fébriles passagers, souvent à répétition cyclique plus ou moins régulière», et les attribue à ces auto-réactions tuberculiniques: «Ces accidents fébriles, écrit-il, correspondent exactement à ce que l'on provoque au moyen d'injections sous-cutanées, plus ou moins fortes, de tuberculine. Je crois que l'on peut attribuer l'origine de ces accidents à un déversement subit dans la circulation de toxine tuberculinique endotissulaire, accumulée au voisinage de la lésion. La tuberculine élaborée par les bacilles s'accumulerait dans les masses de tissu fibreux à circulation ralentie qui accompagnent toujours ce genre de lésions et, à un moment donné, elle se déverserait dans la circulation, donnant lieu à la réaction fébrile caractéristique.»

Envisageant temporairement la même hypothèse que *Jaquerod*, nous avons tenté de pratiquer chez certains sujets des intra-dermoréactions avant puis après la poussée fébrile, dans l'idée de mettre en évidence d'éventuelles successions de phases d'allergie et d'anergie. Ces essais ne nous ont fourni aucun indice susceptible d'étayer une telle interprétation. On voit, au total, que nous ne pouvons nous rallier à aucune des hypothèses soutenues par les trois ou quatre auteurs qui ont tenté d'expliquer la genèse des accès périodiques. Nous en avons de notre côté, envisagé d'autres.

Les causes habituelles de la périodicité en pathologie peuvent se classer en causes endogènes et causes exogènes. Au nombre des premières se trouve le rythme d'origine endocrino-sympathique qui assure notam-

---

[1]) Bulletin météorologique et médical de Leysin (Travail présenté à l'association suisse contre la tuberculose, Genève 7 juin 1925).

ment l'apparition des règles chez la femme à date fixe. Nous avons indiqué d'un mot les raisons qui interdisent au clinicien d'attribuer le retour rythmé des accès fébriles à l'intervention du trouble physiologique s'extériorisé par le flux menstruel: chez les femmes l'accès périodique se situe souvent à une tout autre époque que les règles; l'espacement habituel de celles-ci, accompagnées ou non d'une poussée fébrile, est de 28 jours alors que l'intervalle entre les accès étudiés ici est très généralement d'une valeur différente.

Envisageons les causes exogènes susceptibles d'imposer une cadence régulière à certains symptômes morbides. Les plus connues sont liées aux phénomènes météorologiques et cosmiques. Ceux-ci jouent un rôle certain dans la pathologie des maladies chroniques et de la tuberculose en particulier, notamment dans les variations nycthémérales de la fièvre. Or ici, on ne peut relever aucune indice, aucune concomitance permettant d'incriminer l'intervention de tels facteurs. Il nous a été donné d'observer simultanément au Sanatorium populaire de Leysin deux malades atteints d'accès périodiques. Ils ne les faisaient pas du tout à la même époque du mois.

Constatant la faillite de toutes ces tentatives «banales» d'explication et ne pouvant nous résigner à faire nôtre le scepticisme exprimé par une phrase du professeur *Bezançon* (8) («la cause nous en échappe complètement»), nous avons demandé à des rapprochements nosologiques une interprétation qui devait trouver ultérieurement dans les travaux de *Mazet* (de Nice) un appui inattendu. Considérant quelle est – en dehors de la tuberculose et en apparence très loin d'elle et de son microbe – la cause des accès ou des ondes fébriles récidivants dans les maladies dont ils sont, sous des modalités variées, l'élément séméiologique essentiel, nous avons emprunté l'explication qui nous paraît aujourd'hui la plus plausible, au paludisme, à la fièvre récurrente et à la fièvre de Malte. Dans ces trois maladies c'est certainement ou très probablement la biologie du parasite lui-même qui assigne sa forme particulière au tracé fébrile [1]).

Reste à savoir si l'on est en droit d'induire de l'analogie du tracé fébrile observé chez certains tuberculeux à l'analogie du mécanisme causal, ce qui impliquerait que dans certaines conditions le bacille de Koch pourrait se comporter comme l'hématozoaire de Laveran, le spirochète d'Obermeier, le micrococcus melitensis de Bruce.

Notre incompétence personnelle en matière de bactériologie nous interdisait de donner à une telle hypothèse une autre forme que la forme interrogative jusqu'au jour où nous avons eu connaissance des recherches

[1]) *Grenet:* Le monde médical, 1 Décembre 1936.

d'un clinicien bactériologiste, *Mazet*. Cet auteur a travaillé de son côté la question de la périodicité fébrile chez les tuberculeux et il nous est advenu de pouvoir confronter nos observations cliniques et nos hypothèses avec les siennes. Pour les premières, la concordance était parfaite. Pour les secondes, je suis contraint de laisser à *Mazet* la responsabilité de ses affirmations. Il les a consignées et développées dans plusieurs travaux. Le plus ancien est un mémoire paru dans la *Revue de la tuberculose* d'avril 1933, intitulé «Fièvres ondulantes et ultravirus». *Mazet* est revenu ensuite sur la question dans un ouvrage plus volumineux intitulé «*Le virus tuberculeux neurotrope, essai de Phtisiogenèse*» (Nice 1944).

Mazet voit dans les accès fébriles périodiques et la courbe ondulante tuberculeuse (de même que dans la courbe ondulante de la lymphogranulomatose) le graphique des mutations biologiques du bacille de Koch passant, selon les conceptions de *Fontès*, de la phase germinative (poussière granulaire, granulation libre) à la phase de croissance (organisation cellulaire du bacille de Koch) et aboutissant à la phase de désintégration – bactériolyse, mise en liberté de la poussière granulaire – enfin à la reprise du cycle.

D'après les expériences de *Monaldi* et de *Ninni*, le temps habituel nécessaire pour l'accomplissement de ce cycle serait d'une vingtaine de jours, intervalle souvent observé entre les accès fébriles qui nous étudions ici.

Telles sont, pour expliquer la pathogénie des paroxysmes fébriles récidivants parfois observés chez les tuberculeux, les hypothèses qui s'affrontent. Personnellement nous inclinons à accepter la dernière, sans être, répétons-le, en mesure de prouver le bien-fondé de cette préférence, et non sans faire remarquer expressément que la rareté même du type fébrile que nous tentons d'interpréter postule une explication complémentaire justifiant un comportement si particulier de la part du bacille chez certains sujets.

Thérapeutique

Il s'avère possible d'atténuer par une thérapeutique préventive et symptomatique la violence des accès périodiques. A l'approche de l'échéance il est indiqué de prescrire au malade le repos au lit, des antithermiques, des médications révulsives. Mais ces mesures ne réussiront ni à supprimer complètement la poussée, ni surtout à en prévenir durablement le retour. Il en est de même des médications plus ou moins spécifiques telles que la tuberculine.

Disons tout de suite que le seul traitement qui nous ait procuré des résultats intéressants, c'est l'aurothérapie. Celle-ci s'est montrée même

d'une efficacité entière dans tous les cas où nous l'avons employée, c'est-à-dire chez une dizaine de malades. Il n'est pas nécessaire d'employer de fortes doses; deux injections hebdomadaires de 0,05 g à 0,10 g de thiosulfate d'or et de sodium suffisent généralement à prévenir les récidives, après 15 jours à trois semaines de traitement. Les accès ne sont pas supprimés tout de suite d'une manière totale; ils commencent par s'atténuer ou s'espacer puis cessent totalement.

Voici à titre d'exemple la narration résumée de deux cas où cette thérapeutique chimiothérapique s'est montrée efficace. Ces observations sont tirées d'une publication faite dans la revue «La Médecine» (5).

Obs. 1. *Dup. Jacques.* 40 ans. Tbc ulcérofibreuse chronique. Traité à Leysin en 1931 (Dr *Morin*) il présente, au décours d'une bronchopneumonie gauche, un accès fébrile inexpliqué, qui est suivi jusqu'en octobre de 7 autres accès du même type séparés par des intervalles de 21 à 30 jours. Deux semaines après l'accès d'octobre on commence la sanocrysine. Aucune poussée n'apparut plus dès lors.

Obs. 2. Dans le cas de Mme *Franc* (Dr *Francken*, Pavillon de la Côte) atteinte de graves lésions du poumon droit, quatre accès se succèdent entre le 15 août et novembre 1934. L'accès de novembre est de beaucoup le plus violent; il dure 7 jours avec plusieurs clochers à 39°. Chrysothérapie au début de décembre. Disparition immédiate et définitive des accès.

Il convient, pensons-nous, de ne pas passer à la légère sur le fait que l'aurothérapie agit presque à la façon d'un spécifique sur une forme de fièvre tuberculeuse dont le pronostic est en lui-même extrêmement grave. Il y a là au contraire un phénomène d'un grand intérêt, qui est, pensons-nous, de nature à faire reviser la condamnation trop massive qui a pour ainsi dire supprimé l'aurothérapie de la thérapeutique antituberculeuse. Il nous souvient que le professeur *Léon Bernard*, qui fut en son temps un fervent adepte de la thérapeutique par l'or des formes même très graves de la tuberculose, démontrait des cas de *fièvre ondulante* aboutissant, après des mois de traitement, à l'apyrexie. Nous en avons retrouvé un exemple graphique dans une publication de cet auteur. Ce qui, rétrospectivement, nous paraît fort intéressant dans de telles observations, c'est précisément l'efficacité des sels d'or dans une forme de tuberculose où le type thermométrique se trouve être très proche parent de la fièvre récurrente tuberculeuse laquelle, de son côté, cède à peu près constamment à la même thérapeutique. On est en droit de se demander si cette efficacité ne serait pas liée soit à l'intervention d'une race particulière de bacilles qui donnerait lieu à un type de fièvre spécial, soit à un comportement biologique particulier du parasite. Ce comportement particulier – quel qu'il soit – semble le rendre plus vulnérable à l'action du médicament à un moment donné de ses mutations biologiques, extériorisées nettement par l'apparition

sur le tracé thermique soit des accès en clochers soit des ondes subintrantes.

Une observation toute récente que je me propose de démontrer pour terminer cette communication, donne un certain crédit à cette hypothèse. Les faits saillants que ce cas clinique impose à l'observateur sont les suivants:

1° Cas de tuberculose à marche rapide aboutissant en quelques semaines à une vaste lésion cavitaire du sommet. Expectoration abondante, puriforme et très riche en bacilles.

2° Fièvre affectant presque d'emblée le type récurrent.

3° Lors d'une période clinique d'aggravation marquée, les accès se rapprochent et tendent à donner à la courbe le type ondulant.

4° L'intervention d'une cure de sels d'or coupe court à ces ondes fébriles, puis met fin très rapidement aux accès eux-mêmes.

5° Enfin la thérapeutique instituée ne se borne pas à juguler les poussées fébriles, mais agit simultanément sur le foyer cavitaire lui-même d'une façon absolument inespérée. L'expectoration perd son caractère d'abondance et de purulence; les bacilles de Koch se raréfient progressivement, jusqu'à n'être plus décelables qu'à l'homogénéisation moins d'une année après l'instauration de la cure aurique.

Et surtout, le foyer cavitaire apical, qui paraissait justiciable soit du drainage de Monaldi soit de la thoracoplastie, entre progressivement en régression, ainsi que les radios projetées nous permettent d'en juger, si bien qu'au mois de juillet 1947, une année après la phase la plus alarmante de l'évolution, cette lésion est apparemment comblée.

4 g de sanocrysine administrés en 8 mois ont suffi à modifier radicalement un processus initial auquel semblait s'attacher un pronostic inexorablement fatal.

Voici brièvement exposées les données concrètes de cette observation.

Obs. 3. *Madame X*, 40 ans, femme de médecin. 1936 première atteinte de tuberculose cavitaire au sommet droit à l'âge de 30 ans. Pneumothorax, cicatrisation.

Au début du printemps 1941, lobite tuberculeuse du sommet droit, rapidement suivie d'excavation. Evidement du lobe supérieur. La malade arrive en Suisse.

La température est soutenue au niveau moyen de 38°. On remarque en mars/avril deux pointes à 39° séparées par un intervalle de 21 jours. La malade tousse énormément, crache des expectorations puriformes, le foyer cavitaire est très volumineux, l'état général mauvais. Après 23 jours nouvel accès à 39,6°, suivi après 8 jours, puis 6 jours, puis 11 jours d'une série de clochers dont le dernier atteint 40°. Une tentative de pénicillinothérapie semble modérer les accès et la fièvre, qui s'installe vers 37,6°. Néanmoins il se produit des clochers à 38° et 38,6° à 9 et 13 jours d'intervalle. L'état général est très mauvais, la lésion en pleine fonte. Dès le milieu de juillet 1946 la courbe thermique prend une allure ondulante, les accès s'étalant et se rapprochant (fig. 5).

On décide alors de renoncer à toute intervention opératoire telle que drainage ou thoracoplastie, que l'on n'avait cessé d'envisager dès le début de la maladie, mais que

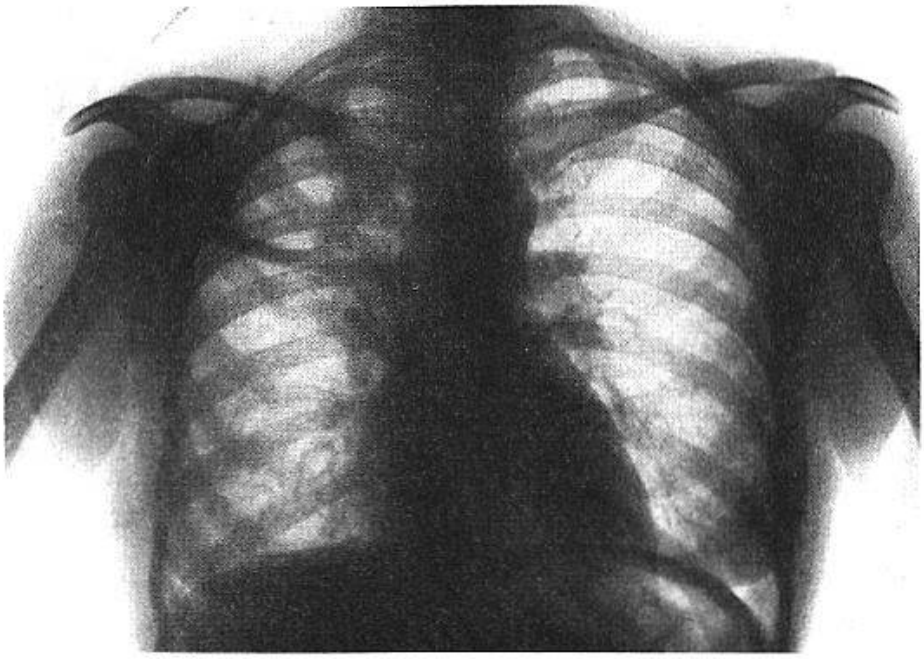

Fig. 5. Madame X (obs. 3). Radiographie de juillet 1946. Volumineuse caverne apicale droite. Expectoration très riche en B.K. Fièvre ondulante.

la malade refusait énergiquement. On recourt à l'aurothérapie. Le 27 juillet, on injecte par voie intra-veineuse 0,025 g de sanocrysine. La cryogénine administrée concurremment n'exerce aucun effet. A raison de deux fois par semaine la sanocrysine est injectée, toujours à dose minime. Après les quatre premières injections totalisant douze centi-

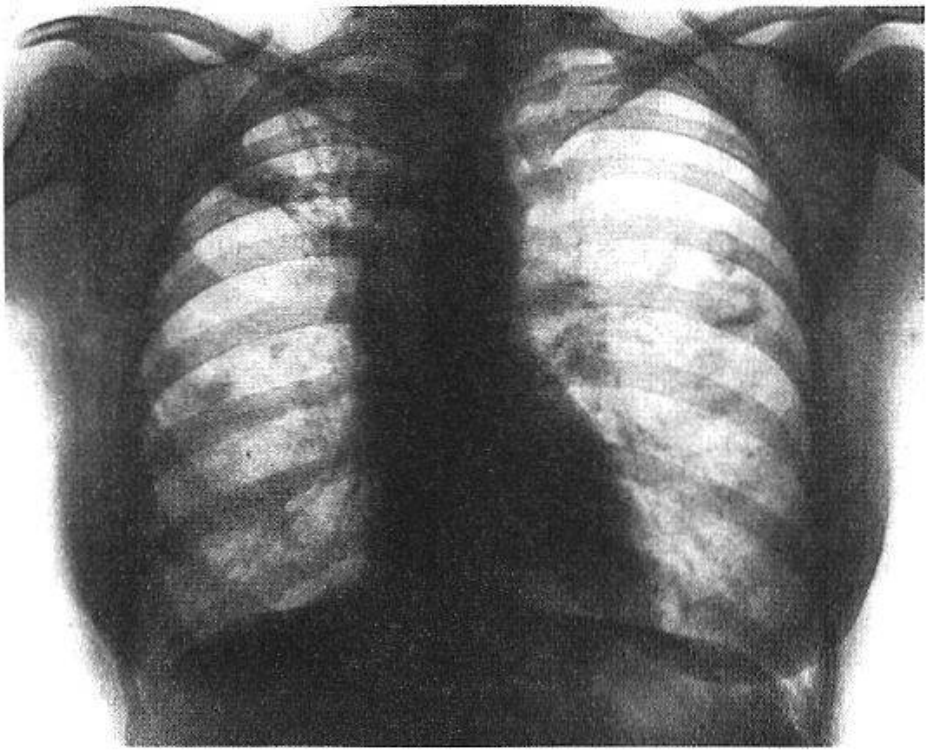

Fig. 6. Madame X (obs. 3). Radiographie de juillet 1947, après 3 g de Sanocrysine. Caverne à peu près effacée, réduite à une simple fissure soulignée par une ombre scissurale. B.K. rares à l'homogénéisation. 10 kg d'augmentation. Apyrexie parfaite depuis 9 mois. En revanche discrète bilatéralisation.

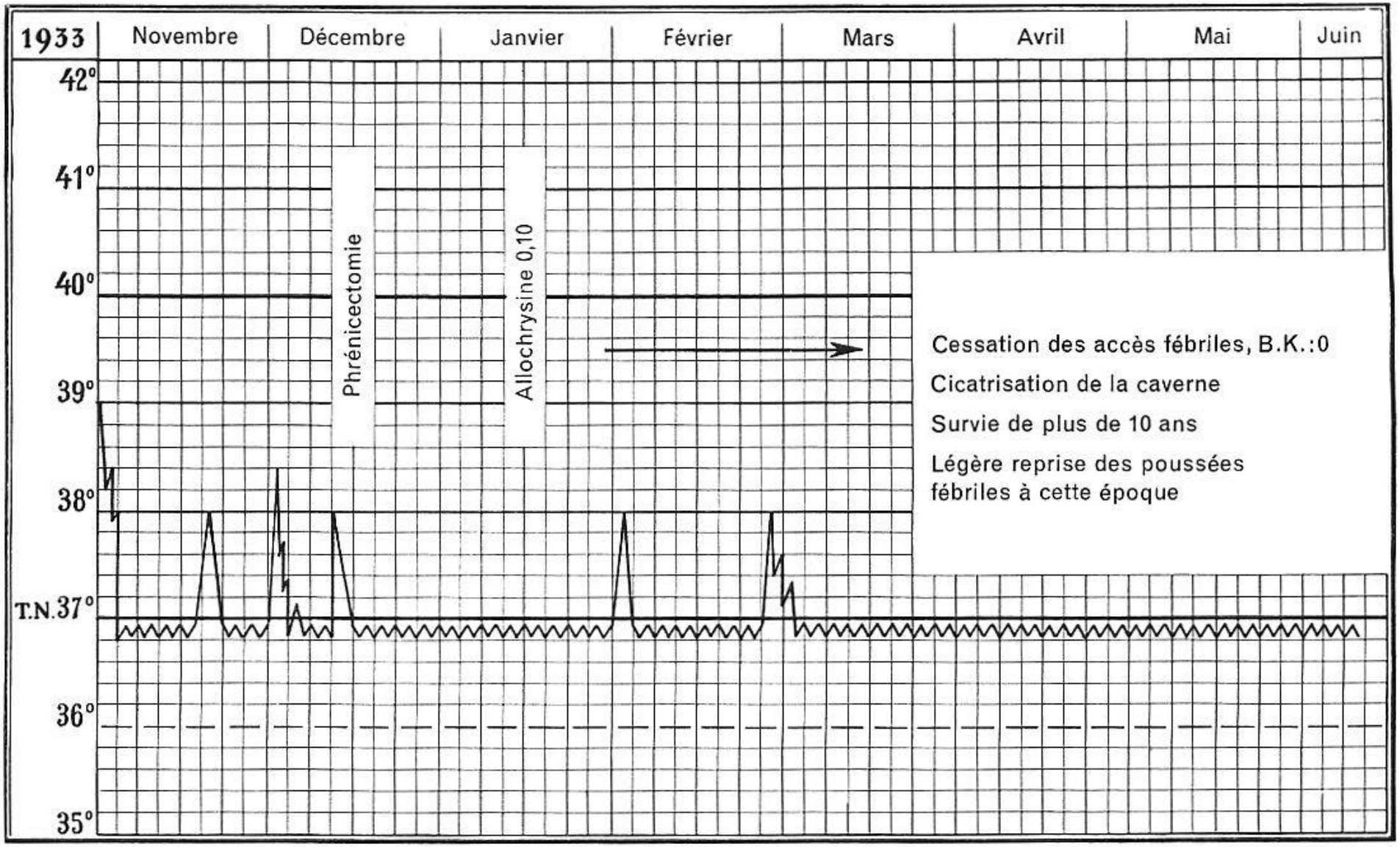

Fig. 6. Mme. D., Action de l'aurothérapie sur les accès périodiques chez une malade atteinte d'une caverne sous-claviculaire gauche. B.K.+. (Tracé demi-schématique.)

grammes et demi, la courbe thermique se calme, cesse d'onduler et se fixe entre 36,8° et 37,6° avec minimes clochers à 37,8°. 52 jours se passent sans accès. Il a été injecté 0,90 cg de sanocrysine. On croit la partie gagnée; la malade se sent revivre, expectore de moins en moins. Mais le 53e jour, à la suite d'une intervention sur l'oreille droite qui est atteinte d'otite tuberculeuse, un paroxysme fébrile se produit, atteignant en 2 jours 38,8°, puis s'apaise le 5e jour.

On continue l'aurothérapie. 18 jours d'apyrexie se passent, brutalement interrompus par une poussée fébrile à 38,9°, qui descend en 5 jours à la normale. Après 21 jours, nouvel accès, mais très atténué, bien qu'étalé sur 3 jours. Il n'atteint que 37,7° à l'acmé mais est d'autant plus remarqué que la température s'était fixée à 37° maximum. Il a été injecté jusqu'ici 1 g 70 de sanocrysine. Nous sommes en novembre 1946. *Dès lors il ne se produira plus aucun accès.* La malade va augmenter de poids considérablement (plus de 10 kg); l'expectoration se réduira de plus en plus en affectant un caractère purement muqueux. La bacilloscopie est tantôt négative tantôt très faiblement positive (Gaffky I ou homogénéisation). En juillet 1947, la caverne n'est plus visible. Elle a subi une rétraction concentrique graduelle très régulière. Tout permet d'escompter une guérison par cicatrisation «naturelle» (fig. 6).

Cette observation nous paraît justifier à elle seule le rappel de beaucoup de faits et de considérations qui figurent déjà dans nos travaux antérieurs, car elle les illustre de façon frappante et surtout montre plus éloquemment que nos précédentes observations le parti extrêmement efficace que l'on peut parfois tirer de l'aurothérapie dans des cas en apparence désespérés.

Résumé

Il s'agit d'un type de fièvre que *B.* a étudié déjà antérieurement, qui n'est pas exceptionnel et soulève d'intéressantes questions de pathogénie et de thérapeutique. On l'observe chez les bacillaires de diverses catégories, atteints de lésions discrètes ou graves. Il prélude souvent à l'apparition de la fièvre ondulante tuberculeuse, dont le pronostic est sévère. Les accès affectent une remarquable périodicité; l'intervalle, relativement fixe chez le même sujet, varie de 7 à 30 jours. Ils peuvent égaler en violence l'accès malarique et s'élèvent en clocher sur un tracé par ailleurs apyrétique ou modérément fébrile.

B. discute de leur origine, qui semble liée aux phases végétatives de la vie du bacille. La thérapeutique, à peu près constamment efficace, consiste dans l'emploi des sels d'or.

Zusammenfassung

Es handelt sich um einen Fiebertyp, den *B.* schon früher studiert hat, der nicht außergewöhnlich ist und interessante Fragen über Pathogenese und Therapie aufwirft. Man beobachtet ihn bei Bazillenträgern verschiedener Kategorien, die leichtere oder schwerere Schädigungen aufweisen. Er geht oft dem Erscheinen des undulierenden tuberkulösen

Fiebers voraus, dessen Prognose schwer ist. Die Anfälle sind von einer bemerkenswerten Periodizität. Ihr Intervall, das beim gleichen Patienten relativ konstant ist, schwankt zwischen 7 und 30 Tagen. An Heftigkeit können sie einem Malaria-Anfall gleichkommen und überragen turmhoch einen sonst fieberfreien oder leicht fieberhaften Zustand.

B. diskutiert ihren Ursprung, der mit den vegetativen Phasen des Bazillenlebens verbunden zu sein scheint. Die fast stets wirksame Therapie besteht in der Anwendung von Goldsalzen.

Riassunto

Si tratta di un tipo di febbre non raro e che solleva interessanti questioni di patogenesi e di terapia, già studiato anteriormente da *B.* È osservato nei tubercolosi di diverse categorie, colpiti da lesioni discrete o gravi. Esso precede spesso l'apparizione della febbre ondulante tubercolare, la cui prognosi è grave. Gli accessi sono nettamente a tipo periodico; l'intervallo, relativamente fisso, nello stesso soggetto, varia da 7 a 30 giorni. Essi possono raggiungere in intensità l'accesso malarico ed elevarsi improvisamente alto su di un tracciato d'altra parte apiretico o moderamente febbrile.

B. discute la loro origine, che sembra essere legata alle fasi vegetative della vita del bacillo. La terapia, quasi sempre efficace, consiste nell'uso dei sali d'oro.

Summary

A type of fever is discussed which *B.* has already studied previously. It is not unusual in occurrence and raises interesting questions of pathogenesis and therapeutics. It is observed in patients suffering from different categories of bacillary disease and attacked by mild or severe lesions, and often precedes the appearance of undulant tuberculous fever, the prognosis of which is severe. The attacks assume a remarkable periodicity, the interval, which is relatively constant in the same subject, varying from 7 to 30 days. They can equal attacks of malaria in violence, and the fever mounts very steeply in otherwise apyretic or moderately febrile patients.

B. discusses the origin of the attacks which appears to be connected with the vegetative phase of the life of the bacillus. A therapy of very nearly constant efficacy consists in the use of gold salts.

1. *Burnand, R.:* Rev. méd. Suisse rom. 1924. – 2. *Flueler, M.:* Rev. méd. Suisse rom. 1923 (25 février). – 3. *Burnand R.*, et *Bothézat, M.:* Rev. Tbc. **4**, 1924 (août). – 4. *Burnand, R.:* Rev. méd. Suisse rom. 1929 (25 mai); Bull. méd. Leysin **6**, 1930 (juin). – 5. *Burnand, R.:* La médecine 1934 (mai). – 6. Ann. Méd. **5**, 1934 (mai). – 7. *Rappaport*, et *Ellison, R. T.:* Amer. Rev. Tbc. **4**, 19 (1929). – 8. *Bezançon:* Ann. Méd. **6**, 16 (1924).