

heureusement, sauf le cas tout à fait extraordinaire de péritonite par perforation. Rien de plus commun, d'ailleurs, que les cas mixtes dans lesquels une phase bilieuse ne fait que préluder à une phase adynamique ou ataxique.

C. *Fièvre typhoïde-muqueuse* : particulière aux sujets d'un tempérament phlegmatique, d'une constitution faible ou affaiblie par l'insuffisance et la mauvaise qualité des alimens, par l'insalubrité d'un logement humide et mal aéré, par la mollesse des mœurs, etc. ; ce qui la distingue des autres variétés, c'est un caractère purement négatif ; c'est qu'il n'y a ni état hypersthénique, ni état bilieux, ni symptômes adynamiques ou ataxiques ; au début même, comme dans le cours de la maladie, il y a un degré très remarquable de langueur et d'abattement, mais qui ne va point jusqu'à l'adynamie proprement dite (D.). La fièvre typhoïde-muqueuse appartient donc encore à la grande catégorie des fièvres typhoïdes légères ; mais pourtant, en général, elle dure plus longtemps que les deux variétés précédentes. Elle peut prolonger jusqu'à vingt jours, jusqu'à trente jours et même au delà, un ensemble symptomatique d'une certaine intensité, d'abord à titre de période d'augment, et puis à titre de période d'état, indépendamment du temps qu'il lui faut ensuite pour accomplir la période de déclin et aboutir à la convalescence : fût-elle des plus légères et des moins bien caractérisées, sans exanthème papuleux ni *sudamina*, elle se révèle alors par sa persistance même. Quoi qu'il en soit, elle se termine heureusement, sauf quelques exceptions rares, dues à la péritonite par perforation, à la pneumonie, ou à quelque autre incident grave. Bien entendu, toujours, que nous parlons des cas simples dans lesquels la forme muqueuse se maintient du commencement à la fin, et non pas des cas mixtes dans lesquels elle finit par faire place à la forme adynamique ou ataxique. C'est à la fièvre typhoïde-muqueuse, particulièrement, que se réfèrent les cas désignés aujourd'hui par quelques médecins sous le nom de *fièvre typhoïde latente* : cas qui guérissent presque toujours avant que le diagnostic ait pu être établi péremptoirement, mais qui, parfois, donnent la mort par une de ces catastrophes exceptionnelles dont je parlais encore tout à l'heure.

D. *Fièvre typhoïde-adynamique* : variété très commune, dont les divers cas se distribuent naturellement en deux catégories bien distinctes, c'est à savoir : 1° les cas simples, dans lesquels l'adynamie se fait voir dès la première période de la maladie ; 2° les cas mixtes, déjà mentionnés ci-dessus (A. B. C.), dans lesquels l'adynamie ne survient qu'après que la maladie a eu, pendant un ou deux septénaires, ou même davantage encore, la forme hypersthénique, bilieuse ou muqueuse. Ce qui constitue le caractère principal et le phénomène prédominant de l'état adynamique, c'est l'excès d'affaiblissement de la contractilité musculaire ; d'où, dans le degré le plus grave, l'immobilité absolue du décubitus, l'impuissance de tirer la langue, la mussion, les selles involon-

taires, l'énormité du météorisme, la rétention d'urine, etc. A la prostration musculaire se joignent, plus ou moins fréquemment, les autres caractères que voici : torpeur cérébrale, dont la stupeur est le premier indice, et dont les degrés extrêmes sont le coma et le carus, fuliginosités des lèvres, des dents et de la langue ; paratrimé gangréneux à la région du sacrum, ou bien aussi au talon, au coude, vers le grand trochanter, etc. ; fétidité remarquable de l'haleine, de la transpiration et des urines ; pouls très faible, vermiculaire ; hyperémie pulmonaire, plutôt asthénique qu'inflammatoire, et qui est bien près de ressembler à celle des moribonds (200.) ; épistaxis asthéniques, malaisées à tarir, plus alarmantes encore par l'extrême fluidité que par la quantité du sang ; hémorrhagie cutanée sous forme de très petites taches, rouges ou violacées, qui ont le nom de pétéchies, ou bien apparition de larges ecchymoses comme dans le scorbut même.

E. *Fièvre typhoïde-ataxique* : variété bien caractérisée et malheureusement trop ordinaire ; étant la plus meurtrière de toutes, et celle qui fait périr le plus vite ; comprenant d'ailleurs diverses sortes de cas, qui peuvent se réduire à deux catégories : 1° les cas dans lesquels les symptômes ataxiques apparaissent dès la première période, avec ou sans concomitance de symptômes hypersthéniques, bilieux ou adynamiques ; 2° les cas dans lesquels les symptômes ataxiques ne viennent qu'après le délai d'un ou deux septénaires, ou même plus tard encore, se surajouter à la forme hypersthénique, bilieuse, muqueuse ou adynamique.

Ce qui constitue un appareil de symptômes ataxiques, c'est surtout la prédominance des troubles qui consistent dans la perversion des fonctions de la vie animale (délire, hallucinations, carphologie, soubresaut des tendons, convulsions, contractions tétaniques). Dans d'autres cas, c'est un désaccord singulier entre la haute gravité des accidens gastro-entériques, adynamiques, convulsifs ou autres, et le peu d'intensité ou même l'absence de ce que nous appelons symptômes fondamentaux de l'appareil fébrile (1690. A.) : la chaleur de la peau, par exemple, demeure naturelle ou à peu près, ou bien le pouls se montre à peine accéléré. A plus forte raison la rareté du pouls est-elle, au milieu du drame typhoïde, un phénomène ataxique de très sinistre augure. Quelquefois, mais quelquefois seulement, le caractère ataxique de la fièvre typhoïde peut, avec quelque fondement, être imputé au tempérament nerveux des malades, à de vives émotions morales qu'ils ont éprouvées auparavant, ou qu'ils éprouvent dans le cours même de la maladie.

Dans une infinité d'autres cas, il faut l'avouer, ces raisons-là font défaut. — Que la fièvre typhoïde ait autant de variétés bien distinctes entre elles et dont les cas particuliers soient eux-mêmes infiniment diversifiés, qu'y a-t-il là, en vérité, qui doive surprendre ? Y a-t-il de quoi s'inscrire en faux, comme certains dissidens, contre la consécra-



tion classique de cette unité nosographique, qui se trouve basée non-seulement sous un fond commun d'analogies dans les symptômes, la marche et les complications accidentelles, mais encore, comme nous allons le voir ci-après, sur l'existence à peu près constante d'un énanthème intestinal *sui generis*, et, partant, sur la nécessité logique d'une seule et même cause spécifique? Est-ce que la pneumonie, par exemple, n'offre pas elle-même une grande diversité de formes symptomatiques, tantôt à caractère hypersthénique ou franchement inflammatoire, tantôt à caractère bilieux, asthénique ou ataxique (647. H.)? Et l'intoxication variolique, ce genre nosographique des plus naturels (1484.), combien de variétés n'en observons-nous pas depuis la variole confluyente jusqu'à la varicelle! Voilà donc deux exemples frappants, contre cent autres, pour rappeler à nos lecteurs ce qu'un seul et même genre de maladie, très naturellement fondé sur la considération d'un seul et même vice organique, ou d'un seul et même agent morbifique, peut offrir de formes variées chez les divers individus et dans les diverses constitutions médicales! Ce dont, après tout, il est aisé de se rendre compte, sinon précisément pour chaque cas individuel, du moins en théorie générale, par l'infinie diversité des conditions personnelles et des circonstances extérieures.

1729. *Nécroscopie.* — A. *Énanthème intestinal, avec adénite mésentérique*: voilà le vice anatomique qui se rencontre dans presque tous les cas, du moins pour notre vulgaire fièvre typhoïde de Paris. L'énanthème intestinal consiste essentiellement dans une inflammation spécifique des follicules, follicules isolés (glandes de Brunner) et follicules agminés (glandes de Peyer). A divers degrés et dans diverses phases de cette inflammation, l'intestin présente des altérations tellement différentes, que les premiers observateurs en méconnurent la commune origine et le développement successif et y virent plusieurs maladies de différente espèce: ce qui serait aujourd'hui une impardonnable ignorance, ou un aveuglement peut-être plus impardonnable encore. Grâce aux observations multipliées des anatomo-pathologistes de notre époque, la science a pu établir la succession et, pour ainsi dire, la filiation des phénomènes de l'énanthème typhoïde; et c'est ce que nous allons exposer sommairement dans un résumé synthétique.

a. *La tuméfaction des follicules intestinaux, avec tuméfaction des ganglions mésentériques correspondans*, est la première phase de l'énanthème. A quel quantième de la maladie commence-t-elle d'exister? C'est ce qu'il est impossible de dire. M. Trousseau, dans l'article ci-dessus cité (1724.), parle d'un cas où M. Bretonneau aurait observé, chez un sujet mort le cinquième jour, l'altération bien caractérisée, telle qu'on l'a tant de fois authentiquement constatée à la suite des décès, beaucoup moins rares, du septième ou huitième jour. Si j'en crois ma mémoire, il m'est arrivé deux ou trois fois, dans ma pratique d'hô-

pital, de voir un cas pareil à celui de MM. Bretonneau et Trousseau: mais, comme je n'en ai pas pris note et que mes souvenirs là-dessus ne sont pas très précis, je ne donne mon assertion que pour ce qu'elle vaut. Quoi qu'il en soit, voici, sur la fin du premier septénaire ou au commencement du second, voici, en règle ordinaire, ce que l'autopsie nous découvre: — Les intestins, qui se trouvent distendus par les gaz et dont cette distension augmente la transparence, laissent apercevoir, au dehors même, dans beaucoup de cas, des taches plus ou moins sombres, plus ou moins larges, la plupart ovalaires et situées le long de la grande courbure des anses de l'iléon, à l'opposite du mésentère; puis, au dedans, ce que l'incision méthodique des parois intestinales, faite à dessein tout le long du mésentère, nous permet de bien voir et de bien examiner, ce sont des élevures, non-seulement visibles, mais palpables, qui, dans les points correspondans aux taches extérieures, existent sous forme de plaques ou de boutons, et ont un relief variable, de 1 à 8 millimètres, au-dessus du niveau de la surface muqueuse. La couleur de ces élevures varie du blanc mat au rouge noirâtre, non-seulement chez les divers sujets, mais souvent chez le même sujet, selon l'état, soit pathologique, soit cadavérique, de pâleur ou d'hypérémie de la portion de membrane muqueuse où chacune d'elles a son siège et d'où elle se distingue toujours par une teinte plus opaque et plus foncée; d'un blanc mat sur une muqueuse pâle, et d'un rouge plus ou moins sombre sur une muqueuse hyperémisée. Les plaques varient considérablement de grandeur et de configuration: les plus grandes, constituées qu'elles sont par un groupe entier de follicules agminés, offrent une forme elliptique, dont le long diamètre disposé dans la direction longitudinale de l'intestin, compte 6 à 8 centimètres, tandis que le diamètre transversal n'en a que 2 ou 3; d'autres plus petites, et surtout moins allongées, n'occupent de l'ellipse folliculeuse que les trois quarts, que les deux tiers, que la moitié, ou même moins encore. Quant aux élevures en forme de boutons, ou de plaques très petites et plus ou moins arrondies, c'est à l'affection des follicules isolés de Brunner qu'elles doivent l'existence. Ce qui distingue encore, d'avec les élevures constituées par les follicules de Brunner, les plaques de Peyer proprement dites, c'est que celles-ci sont, comme de raison, situées à l'opposite du mésentère et constamment assez distantes l'une de l'autre, tandis que celles-là siègent indistinctement sur les différens points de la circonférence intestinale, et se trouvent, chez quelques sujets, beaucoup plus nombreuses et plus rapprochées entre elles que les plaques de Peyer. L'énanthème si remarquable que nous décrivons se montre particulièrement propre à l'iléon, et quelquefois aussi affecte un peu la fin du jéjunum: le plus ordinairement, toutefois, il se borne à occuper les dernières anses de l'iléon: et, lorsqu'il se trouve réduit à un très petit nombre de points, il avoisine la valvule de Baubin, dont, dans certains cas, il couvre, en guise d'éruption confluyente, toute la



face iléale. Parfois, il se montre aussi dans le gros intestin, mais seulement sous forme de boutons épars; car le gros intestin n'a que des follicules isolés, et point de follicules agminés. Si l'on examine de près et à l'aide du scalpel la consistance et la constitution de ces diverses élevures de la surface interne de l'intestin, la plupart d'entre elles offrent une dureté plus ou moins considérable, due à la présence d'une matière de nouvelle formation au-dessous de la muqueuse: matière d'un blanc jaunâtre, qui ressemble beaucoup à la substance du tubercule cru, et qui, sous forme de bourbillon dans l'étroit espace d'un follicule isolé, ou bien sous forme de pseudo-membrane dans les plaques dites alors *plaques dures* ou *plaques gaufrées*, présente une épaisseur variable de 1 à 6 millimètres, ou même davantage encore. Remarquons sur-le-champ que les micrographes n'ont pu jusqu'ici découvrir, dans cette matière-là, aucun caractère particulier qui serve à la distinguer sûrement: rien de spécial dans cette masse de fibrine amorphe, au sein de laquelle le grossissement fait partout voir quelques rudimens d'organisation, granulations élémentaires, noyaux avec ou sans nucléoles, cellules à noyau et cellules atrophiées; bref, au microscope, comme à l'œil nu, le néoplasme typhique offre les mêmes apparences que la matière tuberculeuse. Il est aussi des plaques dans lesquelles on ne trouve que peu ou point de néoplasme, et qui méritent le nom de *plaques molles*: elles consistent uniquement ou principalement dans la turgescence ou dans un simple ramollissement de la membrane muqueuse. C'est sur les plaques molles qu'on a le plus souvent occasion de voir une disposition particulière qui a été fort bien signalée par MM. Chomel et Genest (traité cité, p. 98 et suiv.), sous la dénomination de *plaques à surface réticulée*: la muqueuse se montre percée d'un grand nombre de trous qui ne sont que les orifices très élargis des follicules agminés, et par où, j'imagine, l'exsudation typhique, encore à l'état de blastème liquide ou d'incomplète concretion, a dû se donner issue et disparaître. Mais, quelquefois aussi, les plaques gaufrées elles-mêmes ont leur surface entièrement réticulée. Il se trouve même parfois des plaques dont une partie est gaufrée et très saillante, tandis que l'autre partie, venue à l'état réticulé, présente une moindre saillie, ou même une dépression. Rien de plus ordinaire que de rencontrer, à l'autopsie d'un seul et même sujet, ces différentes dispositions des plaques de Peyer.

β. *L'ulcération*, phase nouvelle ou, pour mieux dire, second degré de l'épanthème typhique, est un événement beaucoup plus ordinaire que la rétrogradation ou, autrement dit, la résolution de la tuméfaction folliculeuse. C'est du dixième au quinzième jour de la maladie que, parmi les élevures de l'entérite folliculeuse, il y en a quelques-unes qui viennent à s'ulcérer les premières. Les plaques de Peyer s'ulcèrent beaucoup plus souvent que les follicules de Brunner; et, ce qui surtout est fort rare, c'est de rencontrer un sujet chez lequel les follicules de Brunner soient

les seuls ulcérés. Tantôt l'ulcération de la muqueuse se produit avant le ramollissement de la matière néoplastique qui, une fois mise à nu, tombe en deliquium petit à petit; tantôt, au contraire, cette matière-là se ramollit d'elle-même nonobstant l'intégrité de la muqueuse, se sépare des tissus vivans d'alentour, et pousse ainsi à l'ulcération, comme le tubercule ou le pus. Les deux modes de développement de l'ulcération, quoique très différens entre eux, se rencontrent bien des fois sur un seul et même sujet. N'omettons pas de signaler l'une des circonstances les plus remarquables qui aient lieu dans le second mode: c'est la coloration que prennent chez quelques sujets les dépôts de matière néoplastique, lorsque la muqueuse a commencé à s'ulcérer; on a coutume d'en faire mention sous le titre d'*eschares jaunes*, titre pourtant doublement impropre; le néoplasme typhique n'est pas plus une eschare que ne l'est la plaque diphthéritique de la ci-devant angine gangréneuse (440. A.), et, d'autre part, la teinte jaune n'est pas la seule qui s'y fasse voir, mais, parfois aussi, la teinte verte ou bien une teinte mixte; bref, les morceaux de matière néoplastique qui tiennent encore, soit au fond ou aux bords de l'ulcère, soit seulement à quelque languette restante de la membrane muqueuse, peuvent offrir, après avoir été bien lavés, une infinité de nuances jaunes et vertes, évidemment dues à la bile, dont ils ont été imprégnés d'autant plus facilement que, dans le mode particulier de désorganisation ici en question, ils y donnent un libre accès, non-seulement par où ils regardent la cavité même de l'intestin, mais aussi sur leurs bords, et souvent même par-dessous. Quoi qu'il en soit, la série de formation des ulcères commence presque constamment par les follicules situés le plus près de la valvule iléo-cœcale: l'ordre inverse est une exception rarissime. A mesure que le néoplasme typhique se détache et s'en va, les bords de l'ulcère s'aplatissent, se rapprochent du fond, et prennent ainsi la tournure la plus favorable à la cicatrisation; ou bien ils acquièrent un état d'épaisseur et d'induration par où la cicatrisation se trouve empêchée et considérablement retardée. Quelquefois aussi l'ulcération va s'étendant non-seulement en largeur, mais encore en profondeur, de façon à détruire, en certain cas, la tunique musculieuse tout entière, et à ne laisser d'autre fond et d'autre borne que la tunique péritonéale, mince et fragile barrière dont la destruction, ulcéreuse ou gangréneuse, ou bien la simple rupture, ne survient que trop aisément et détermine aussitôt ce que nous avons déjà dit et redit ci-dessus, et ce qui est un des traits communs les plus caractéristiques d'identité générique entre les diverses variétés de la fièvre typhoïde, une péritonite suraiguë rapidement mortelle.

γ. La *cicatrisation des ulcères*, plus ou moins tardive suivant les conditions particulières qui l'empêchent ou la favorisent (β), finit par s'accomplir. Nous apprenons à la bien connaître, à en constater réellement tous les degrés, à en concevoir idéalement, mais non moins positivement,



le travail successif, grâce à une pratique assidue des autopsies, qui, chez les sujets morts à six semaines ou deux mois de maladie, nous démontrent des ulcères en train de se cicatrifier, et, chez ceux accidentellement emportés dans le cours d'une longue convalescence ou même plus tard, des cicatrices parfaites et encore très visibles. Dans le premier cas, les bords de l'ulcère se trouvent fort aplatis, et souvent de niveau, par quelques points, avec la surface du fond même, sans qu'on y puisse suivre et reconnaître au juste la ligne de démarcation où finit la muqueuse ; au milieu de l'ulcère, on aperçoit de petites saillies, analogues aux bourgeons charnus que les plaies, que les ulcères externes produisent si visiblement ; ces petites saillies, souvent apercevables au premier coup d'œil, se font encore mieux voir, et beaucoup plus sûrement, quand on a mis la pièce sous l'eau et qu'on y fait arriver la lumière obliquement ; toujours est-il que, du centre à la circonférence de l'ulcère, elles deviennent de moins en moins apparentes. Quant au second cas, celui de cicatrisation complète, mais toute récente, voici quels en sont les caractères. La muqueuse, qui ne présente plus aucun point de discontinuité, a, aux endroits ordinairement occupés par les follicules de Peyer, un aspect plus lisse (par absence de villosités), un niveau un tant soit peu plus bas, et une rougeur un peu plus foncée qu'alentour ; détache-t-on, auprès de la surface cicatrisée, un lambeau de la muqueuse, on ne peut, d'ordinaire, le conduire que jusqu'à la ligne où commence la dépression du niveau. Enfin, au bout d'un certain temps, que nous ne saurions mesurer avec précision, mais qui ne paraît pas devoir être très considérable, les traces de cicatrisation disparaissent tout à fait ; vainement les a-t-on cherchées sur des sujets qui venaient à périr quelques mois après une fièvre typhoïde grave ; tant les muqueuses sont en cela différentes de la peau, dont les cicatrices le plus souvent demeurent reconnaissables pendant toute la vie.

δ. La *résolution sans ulcération* ne laisse pas que d'être une circonstance fort commune dans l'érythème typhique ; c'est là sur chaque sujet, le simple et heureux destin d'un certain nombre de follicules, pendant que les autres s'ulcèrent et se détruisent. La pratique assidue des autopsies nous fait reconnaître toutes les formes, toutes les phases de cette rétrogradation de la tuméfaction folliculeuse. Rien de plus simple à concevoir, tant qu'il s'agit seulement d'une tuméfaction qui n'a d'autres éléments que les phénomènes primordiaux de l'inflammation, la turgescence hyperémique veux-je dire, et peut être aussi la stase du sang dans les capillaires. Rien que de très simple aussi, lorsque, dans la phase même où l'orgasme inflammatoire en est venu à produire une exsudation plastique (279. B. ε.), la matière, encore liquide, ou bien à peine concrète et très peu adhérente, a pu, comme nous l'avons indiqué plus haut (α.), traverser, en les dilatant, les orifices des follicules et laisser ainsi les petites tumeurs folliculeuses dans les meilleures condi-

tions de résolution facile et prompte. Mais il y a plus : le néoplasme typhique, après s'être le plus complètement constitué, après avoir formé ce qu'on appelle les plaques gaufrées, peut disparaître par un travail de résorption ; aussi bien, dans les autopsies, constatons-nous, à divers degrés, la rétrogradation de plaques gaufrées qui n'ont point été ulcérées. Terminons en signalant la coloration ardoisée, ou même noirâtre, que présentent quelquefois les plaques de Peyer et les follicules de Brunner en voie de résolution. Nous ne savons, il faut bien le dire, ni par quelle cause particulière cette coloration-là prend naissance, ni à quel instant elle commence, ni combien de temps elle persiste après la guérison de la maladie ; toujours est-il qu'elle mérite bien notre attention. Il ne faut pas la confondre avec un autre cas qui lui ressemble un peu, mais qui se rencontre chez un grand nombre d'individus de tout âge sans se montrer aucunement lié de près ou de loin à la fièvre typhoïde, et ne nous paraît être qu'une variété de l'état normal, variété caractérisée par la présence d'un petit cercle noir autour de chacun des follicules isolés ou agminés, et dans laquelle les ellipses de Peyer, en particulier, ont l'aspect d'une barbe noire fraîchement faite.

ε. L'*érythème borné à un seul ordre de follicules* : voilà une exception très rare, mais d'une incontestable authenticité. Follicules de Brunner seuls tuméfiés ; follicules de Brunner seuls tuméfiés et ulcérés ; follicules de Peyer seuls tuméfiés ; follicules de Peyer seuls tuméfiés et ulcérés : ce sont là quatre catégories de faits nécroscopiques, bien et dûment constatées par d'excellents observateurs, bien et dûment enregistrées dans les faits de la médecine contemporaine.

ζ. L'*adénite mésentérique* se révèle par diverses altérations anatomiques, qui offrent un certain rapport avec les divers états de l'érythème intestinal. Tantôt les ganglions ne présentent qu'une tuméfaction plus ou moins volumineuse, de teinte rouge ou rose, sans autre changement notable ; tantôt, outre cela, ils sont plus ou moins ramollis, plus ou moins infiltrés d'une suppuration qui, suivant son intensité, donne à leur parenchyme une coloration variable, depuis une nuance grisâtre jusqu'à un blanc ou à un jaune sale : quelquefois, le pus y existe visiblement en grosses gouttes, éparses çà et là dans le sang sanieux dont ils sont remplis, mais rarement les voit-on convertis en un véritable abcès ; enfin, chez d'autres sujets, l'induration s'y trouve jointe à l'augmentation de volume, avec une coloration rouge ou violette, ou même noire. La diversité de ces faits nécroscopiques tient surtout à la différence des époques où la maladie en était lorsque les sujets ont succombé. En un mot, la marche des phénomènes de l'adénite mésentérique est tout à fait analogue à la série de changemens que les follicules eux-mêmes éprouvent, savoir : intumescence et ramollissement qui vont en augmentant ; puis, si tant est que la maladie tourne à bonne fin, retour graduel à l'organisation normale. En général, les ganglions qui sont situés



le plus près du cœcum présentent le degré le plus avancé d'altération ; la raison en est que, précisément, pour l'ordinaire, les phénomènes de l'entérite folliculeuse sont le plus prononcés à proximité de la valvule iléo-cœcale. Remarquons, d'autre part, que, plus il y a de follicules ulcérés ou tuméfiés dans la longueur de l'intestin grêle et du gros intestin, plus on rencontre de ganglions engorgés dans le mésentère proprement dit et dans les mésocolons. Assurément, donc, il est clair que l'inflammation des ganglions dépend de celle des follicules correspondans. Est-ce à dire, toutefois, que sans la suppuration et l'ulcération de ceux-ci, l'orgasme inflammatoire de ceux-là ne puisse de lui-même aller jusqu'à y produire du pus ? Non, certes ; car ce serait là une thèse péremptoirement démentie par l'observation ; l'infiltration purulente a été bien des fois constatée dans les ganglions correspondans à des élevures folliculeuses non ulcérées. Quant à la résolution des ganglions engorgés, elle est, à ce qu'il paraît, plus lente à s'accomplir que celle des élevures et des plaques folliculeuses ; car, chez les sujets qui succombent dans le déclin ou la convalescence de la fièvre typhoïde, il n'est pas rare que vis-à-vis de plaques de Peyer déjà très affaissées et presque revenues à l'état normal, nous trouvions des ganglions dont le volume et la rougeur démontrent, très visiblement encore, l'état pathologique.

7. Y a-t-il un rapport entre l'énanthème et tel ou tel des symptômes ? L'observation exacte répond négativement, si ce n'est à l'égard d'un accident tout à fait exceptionnel, la péritonite, qui est une suite nécessaire de la perforation intestinale. Non, entre les différens symptômes ordinaires de la fièvre typhoïde, stupeur, céphalalgie, délire, adynamie, etc., etc., et les différens degrés d'altération des follicules, il n'y a aucun rapport constant ni de coexistence, ni d'intensité. Ce n'est pas que, dans les phénomènes de diarrhée, d'endolorissement abdominal, de gargouillement iliaque, nous méconnaissions l'entérite. Mais, après tout, la diarrhée elle-même n'existe ni constamment dans tous les cas, ni proportionnellement à l'énanthème, dont ni les plaques gaufrées, ni même les ulcérations ne la déterminent nécessairement. Bref, les variétés et les degrés d'altération des follicules et des ganglions ne se révèlent à nous, sur le vivant, par aucun signe particulier.

8. Quelle est donc la nature du rapport entre l'énanthème et la fièvre typhoïde ? Plus nous y réfléchissons, moins nous comprenons qu'on puisse considérer l'énanthème comme la cause organique de la fièvre typhoïde, comme le point de départ d'où dérive directement ou sympathiquement toute la phénoménalité morbide. Doctrine conçue à un point de vue trop restreint, et, si je puis ainsi dire, trop matériel ; doctrine dont les adeptes deviennent moins nombreux de jour en jour ; doctrine dont le prestige s'évanouit entièrement, par une rude déception, devant les cas de fièvre typhoïde dans lesquels, à la suite des symptômes adynamiques et ataxiques les plus prononcés, l'autopsie ne montre qu'une ou

deux plaques de Peyer à peine ulcérées, ou bien, même, rien autre chose que l'affection isolée de quelques follicules de Brunner. Oui, certainement, c'est dans les profondeurs invisibles du système nerveux ou du sang que gît la condition originelle et fondamentale de la fièvre typhoïde. L'énanthème n'est qu'un des effets visibles de cette invisible condition. A proprement parler, la fièvre typhoïde n'est pas plus une entérite folliculeuse que la variole, la rougeole et la scarlatine ne sont des phlegmasies cutanées. L'énanthème est à la fièvre typhoïde ce que l'exanthème est à ces trois pyrexies-là, genres nosographiques si remarquables et si bien déterminés, qui constituent la tribu des fièvres éruptives contagieuses (1483.). C'est un des élémens les plus importants de la maladie : ni plus ni moins. Proclamons-le, surtout, comme caractère pathognomonique, sans prétendre d'ailleurs en expliquer la présence. Selon l'aveu de notre savant et judicieux physiologiste, M. Bérard : « Il est difficile de rattacher à un point de vue physiologique quelconque » la constance des ulcérations des plaques de Peyer dans la fièvre » typhoïde. » (*Cours de physiol.*, t. II, p. 418). Mais il y a plus : cette connexion de l'énanthème avec la fièvre typhoïde ne nous paraît pas être un rapport de coexistence constante et nécessaire. Et, en effet, entre l'intensité de l'énanthème et celle des troubles fonctionnels, point de corrélation. N'y a-t-il pas des cas de fièvre typhoïde très légère, très peu caractérisée et à peine reconnaissable, où la mort, brusquement produite par une perforation intestinale, nous donne occasion de constater un énanthème des plus étendus et des plus ulcérés ? Et, d'autre part, encore un coup, n'y a-t-il pas des cas de forme adynamique et ataxique où l'autopsie ne nous fait voir qu'une seule plaque de Peyer peu ou point ulcérée ? D'un énanthème si rudimentaire et si insignifiant, conclure à la possibilité de l'absence totale de ce caractère anatomique, n'est-ce pas une induction toute naturelle ? Ainsi sommes-nous prêt, nous dont la philosophie médicale n'a pas de pyrrhonisme pour la fièvre varioleuse *sinè variolis* (1506.), pour la fièvre morbilleuse sans rougeole proprement dite. (1518. D.—1520.), pour la fièvre scarlatineuse sans exanthème (1526. C.), ainsi sommes-nous prêt à reconnaître, dans certains cas, par une analogie pour ainsi dire inverse, une fièvre typhoïde sans énanthème.

9. L'absence de l'énanthème est un fait bien avéré dans certains cas qui, sur le vivant, aux yeux des praticiens les plus expérimentés, offre toutes les apparences d'une fièvre typhoïde on ne peut mieux caractérisée. A l'appui d'une telle assertion, nous n'invoquerons pas ce que nous avons nous-même vu et constaté en ce genre ; car notre témoignage serait suspect, très suspect, je le veux bien ; on nous accuserait d'avoir glissé où nous entraînait le penchant d'une induction purement théorique (9.), et de nous être ainsi fait illusion sur nos erreurs de diagnostic par cette commode échappatoire. Nous n'invoquerons même pas, non plus, l'expérience des observateurs qui ont interprété la chose



dans le sens même où nous l'interprétons. Que d'affirmations générales n'aurions-nous pas à recueillir de la part des auteurs les plus sérieux! Que d'observations particulières, en compulsant les journaux et les thèses, n'aurions-nous pas à fournir de la part des hommes les plus compétents, comme il s'en trouve une, par exemple, à la page 19 de la thèse ci-dessus citée (1724.) de M. Bazin! Mais que tout cela soit suspect d'une trop complaisante élasticité de diagnostic à l'égard de la fièvre typhoïde, je le veux bien encore. A qui donc emprunterons-nous nos preuves? à ceux-là même qui interprètent les faits autrement que nous, et qui ne se font pas soupçonner, tant s'en faut, d'être de facile composition pour avouer, là où manque l'éruption intestinale, un ensemble symptomatique exactement semblable à celui d'une fièvre typhoïde. Voilà, par exemple, tout dernièrement encore, un homme dont le monde médical honore le talent et le caractère, un savant et habile professeur de clinique, M. Forget, qui, tout en avouant cela, veut y voir, non pas la fièvre typhoïde elle-même, mais le typhus (*Preuves cliniques de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde*, dans la *Gaz. méd.*, année 1854, n<sup>o</sup> 42, 43). Il a rencontré des cas que, sur le vivant, il a pris et dû prendre, il le déclare, lui, homme de mûre et vaste expérience, pour des fièvres typhoïdes; mais, à l'autopsie, point d'altération des follicules. Eh bien, qu'en conclut-il? En conséquence de son système, épousé et défendu depuis longues années, qui est de considérer l'entérite folliculeuse comme cause anatomique de la fièvre typhoïde, le professeur de Strasbourg refuse à ces cas-là le nom de fièvre typhoïde, qui, pour lui, est synonyme d'entérite folliculeuse. Mais, au surplus, c'est bien là, je ne puis m'empêcher de le dire, une pétition de principe. Si les malades ne fussent pas morts, et qu'on n'eût pas fait leur autopsie, M. Forget ne se serait pas avisé de reprendre pour ces cas-là la dénomination de typhus, et de la leur réserver exclusivement comme à un genre de maladie entièrement à part. Vain expédient pour sauver le système devant les démentis de la nécroscopie! Mais, à ce compte, une distinction générique une fois ainsi faite entre la fièvre typhoïde et le typhus, d'après la présence ou l'absence de l'énanthème, qu'aucun signe ne dénonce avec une entière certitude sur le vivant, on ne serait plus en droit, à l'égard des malades qui guérissent, de jamais affirmer s'ils ont eu le typhus ou bien la fièvre typhoïde. Devant une pareille conséquence, si déplorablement contraire aux convenances de la pratique, nous ne pouvons que répudier le système qui nous y acculerait, et que nous attacher davantage, indépendamment de tant d'autres raisons, à la doctrine que nous avons adoptée et qui ne prête pas aux altérations des follicules un rôle exagéré.

B. *Altérations anatomiques diverses*, qui, sans être spéciales à la fièvre typhoïde, sans égarer en importance caractéristique l'énanthème

intestinal, se rencontrent pourtant plus ou moins fréquemment et méritent d'être mentionnées.

α. Pour en finir tout de suite avec les *altérations du tube digestif*, notons celles que voici: 1<sup>o</sup> Les ulcérations du pharynx et de l'œsophage, ce qui est un résultat rare, il est vrai, mais un résultat naturel de l'état phlegmasique de la muqueuse; ulcérations ordinairement peu nombreuses, peu larges et peu profondes; 2<sup>o</sup> les altérations de l'estomac, coloration hypérémique d'un rouge plus ou moins foncé, ou bien d'un gris ardoisé, ramollissement de la muqueuse seulement ou bien de l'épaisseur tout entière des parois, très rarement quelques petits ulcères, toutes preuves plus ou moins manifestes de la gastrite (450. — et 454. H.); 3<sup>o</sup> l'état de turgescence hémorrhagique de la muqueuse intestinale, particulier à certains cas seulement, c'est à savoir, lorsque la mort n'a pas tardé de faire suite à une entéro-hémorrhagie, toujours ou presque toujours cis-rectale (222. A. B. C. D. E.), ou bien lorsqu'elle est survenue dans l'imminence même de cette funeste crise; état pathologique bien caractérisé, où le gonflement de la muqueuse, toute mollassée et tout imprégnée de sang, va au double et même au triple de l'épaisseur naturelle, avec étendue d'ailleurs variable du mal selon le cas, tantôt, par exemple, dans une longueur d'un mètre et davantage, tantôt dans une zone de quelques centimètres de hauteur; quant aux rougeurs hypérémiques peu ou point saillantes qu'il est si commun de trouver çà et là dans l'intestin, nous n'y insisterons pas, puisque jamais, à les voir, on ne saurait décidément reconnaître si elles sont pathologiques ou cadavériques.

β. Les *altérations de la rate* sont, après l'énanthème intestinal, ce qu'il y a de plus fréquent. Le volume de ce viscère se trouve augmenté dans presque tous les cas; assez souvent il est double du volume normal, quelquefois il est triple, voire même quadruple et plus encore; en général, il se montre plus considérable chez les sujets morts dans l'augmentation ou dans le fort même de la maladie, que chez ceux qui viennent à périr durant la période de déclin; ainsi voyons-nous l'intumescence et la diminution de la rate marcher, pour ainsi dire, parallèlement aux phases de développement et de résolution de l'énanthème intestinal et de l'adénite mésentérique. Dans un certain nombre de cas, la rate, outre l'augmentation de volume, présente un ramollissement plus ou moins prononcé, et qui va même quelquefois jusqu'à la désorganisation, jusqu'à la complète diffluence du parenchyme: dans d'autres cas, au contraire, mais ce n'est guère qu'après un mois de maladie, elle est ferme, compacte, véritablement indurée et à peu près exsangue. En somme, l'hypérémie splénique (193. -h.), allant parfois jusqu'à la splénite (637.), est une des affections élémentaires les plus essentielles à la fièvre typhoïde, à laquelle, sans en déterminer aucunement la forme, sans y produire, que nous sachions, aucun trouble d'un caractère



part, elle se trouve intimement liée par je ne sais quel mystérieux rapport.

γ. Le ramollissement du foie est aussi un cas très fréquent, quelquefois avec coloration d'un rouge foncé. Ne faut-il donc pas compter l'hypérémie hépatique au nombre des éléments qui entrent dans la constitution de la fièvre typhoïde ?

δ. Comme principales altérations de l'appareil respiratoire, nous signalerons : 1° la rougeur de la muqueuse bronchique, vestige presque constant de la bronchite ; 2° l'engouement pulmonaire, très commun à rencontrer, et, d'autres fois, l'hépatisation rouge ou grise, lobaire ou lobulaire, ou bien la splénisation, c'est-à-dire les diverses phases anatomiques d'une pneumonie, mais d'une pneumonie spéciale, sorte de pneumonie asthénique (647. H. γ.), souvent latente (648.), dans laquelle il y a plus d'hypérémie passive que de franche inflammation ; 3° quelquefois, mais rarement, quelques petits ulcères, çà et là disséminés à la surface de l'épiglotte, du larynx et de la trachée-artère (504.).

ε. La flaccidité et même le ramollissement du tissu musculaire du cœur se trouvent particulièrement dans les cas où la maladie a pris la forme adynamique, et où l'on trouve aussi, d'ordinaire, le ramollissement de la rate et du foie.

ζ. Quant à ce qui concerne les rougeurs de l'endocarde et celles de la membrane interne de l'aorte, qui se font observer dans quelques cas, nous ne penchons guère vers l'opinion qui voit là l'endocardite et l'entérite. Ce n'est, à nos yeux, du moins en général, qu'un phénomène cadavérique d'imbibition, imputable à un certain état de dissolution du sang (644. D. α.).

η. Peu de chose à dire relativement aux altérations de l'encéphale et des méninges. En règle générale, malgré les troubles les plus profonds de la fonctionnalité encéphalique, l'anatomie pathologique est nulle, ou bien n'accuse que des altérations banales et insignifiantes, comme le pointillé hyperémique de la substance blanche, l'amas de sérosité dans les ventricules, l'injection sanguine et l'infiltration séreuse de la pie-mère, toutes altérations communes à rencontrer à la suite de tant et tant de maladies d'espèce différente : il y a pourtant des cas, ils sont très rares, mais il y en a, dans lesquels les sujets morts de la fièvre typhoïde présentent du ramollissement cérébral, des adhérences indissolubles entre la pie-mère et les circonvolutions ; des dépôts pseudo-membranoux et autres preuves manifestes d'inflammation. Sommes-nous en droit d'inférer que c'est là le plus haut degré, et en quelque sorte, la révélation du travail morbide dont, dans la fièvre typhoïde, l'encéphale devient le siège, et qui a pour point de départ l'hypérémie, assurément très manifeste et très ordinaire dès le début même de la maladie ? Nous penchons vers l'affirmative ; et, conséquemment, nous professerions volontiers que, dans la plupart des autres cas, l'encéphalite existe aussi à un certain degré,

tout en étant inappréciable à l'autopsie, et n'en est pas moins capable de déterminer les troubles fonctionnels les plus graves, voire même la mort, suivant la doctrine par nous adoptée relativement à ce qui se nomme vulgairement fièvre cérébrale, ou, en d'autres termes, relativement à l'inflammation d'un tissu aussi délicat et aussi important que le tissu nerveux (619. D.).

θ. Les altérations de l'oreille moyenne ont été particulièrement étudiées par un médecin allemand, M. Passavant (voir *Gazette médicale*, année 1851, n° 1. — D'après le *Zeitschrift für rationnelle medicin*). Cet observateur a constaté l'hypérémie du rocher, la rougeur plus ou moins prononcée de la muqueuse tympanique, l'épaississement de la membrane du tympan, l'existence d'une quantité plus ou moins considérable de mucus épais et visqueux dans la caisse, comme aussi dans les cellules mastoïdiennes et dans la trompe d'Eustache. Le labyrinthe demeure le plus souvent intact ; mais quelquefois on y voit çà et là quelques points hyperémies.

ι. Signalons, enfin, la putréfaction hâtive comme une particularité qui se fait assez communément remarquer chez les sujets morts de fièvre typhoïde. Quelquefois même, quoique rarement, cela va jusqu'à produire, dès les premières vingt-quatre heures ou bien en moins de temps encore, un énorme emphysème de toutes ou de presque toutes les parties du cadavre, tout comme à la suite des maladies charbonneuses ou du méphitisme hydrosulfureux.

1730. *Hématologie*. — (1692.) — La plupart du temps, au début de la maladie, point de vice matériel qui soit appréciable dans l'état du sang ; puis, constamment, diminution progressive des globules et de l'albumine ; dans quelques cas rares, diminution de la fibrine à une phase avancée de la maladie ; dans quelques cas encore bien plus rares, défibrination au début même. Voilà les quatre points principaux où se résume à peu près toute l'hématologie positive de la fièvre typhoïde, et desquels je me borne à faire ici une simple récapitulation, les ayant déjà exposés dans la théorie générale des pyrexies.

Je dois seulement ajouter un mot : c'est que dans certains cas, regardés ou non à leur début comme des cas de fièvre typhoïde, et enfin reconnus ultérieurement pour tels en toute certitude, j'ai vu la saignée, que j'avais prescrite sur l'indication de symptômes hypersthéniques, présenter une couenne parfaite (284. N.), et, par conséquent, accuser un excès de fibrine. Quoi qu'on en ait dit, il me paraît donc que la surfibrination du sang n'est pas absolument incompatible avec le développement de la fièvre typhoïde : c'est là, seulement, une coïncidence fort exceptionnelle.

1731. *Étiologie*. — (163.)

A. *Spécificité de la fièvre typhoïde*. C'est là un point aujourd'hui unanimement reconnu ; oui, unanimement ; car il n'y a pas à tenir



compte de quelques esprits excentriques qui protestent, pas plus que de ceux qui s'inscrivent en faux contre l'impossibilité mathématique de la quadrature du cercle. *A priori*, si l'on médite sur les faits nosologiques, exanthème *sui generis*, physionomie tout à fait singulière de l'ensemble symptomatique, marche toujours aiguë de la maladie, caractères néroscopiques d'une nature vraiment à part; si, de plus, on considère que la maladie est de celles qui, après qu'on les a eues une fois, ne reviennent plus jamais, en règle générale, dans tout le cours de la vie, tout cela suffit déjà pour établir une forte présomption de spécificité. *A posteriori*, les recherches étiologiques aboutissent forcément à conclure de la façon la plus affirmative et la plus tranchée; car, il n'y a aucune cause manifeste, soit prédisposante ou occasionnelle, qui se montre constamment ou exclusivement liée au développement de la fièvre typhoïde; hommes et femmes, jeunes et vieux, gens de tout tempérament et de tout état, faibles et forts, riches et pauvres, militaires et bourgeois, citadins et campagnards, etc., etc., tous sont sujets à cette maladie; le jeune âge et la circonstance d'être un nouveau-venu dans une grande ville, voilà bien deux titres étiologiques sous l'étiquette desquelles on a, dans les relevés statistiques, un assez grand nombre de cas à inscrire, et nous tâcherons tout à l'heure de faire comprendre pourquoi; mais, après tout, ni l'une ni l'autre de ces conditions-là n'est absolument nécessaire, tant s'en faut; ainsi, force nous est bien d'avouer, la logique le veut, force nous est bien d'avouer qu'il y a là une condition occulte, ou, autrement dit, spécifique. Maintenant reste à savoir si c'est là une spécificité pathologique de premier ou de second ordre, selon la distinction que j'ai adoptée et soumise à l'épreuve de l'argumentation dans ma thèse *De la spécificité*. N'y a-t-il là rien autre chose qu'une modalité spécifique de l'économie animale, comme dans le scrofulisme, par exemple, ou dans la goutte? Rien autre chose qu'une modalité inhérente au sang ou aux tissus du malade, et intransmissible à un individu sain, c'est-à-dire, en un mot, une spécificité pathologique de second ordre? Ou bien, au contraire, y a-t-il là une cause spécifique par excellence, un agent morbifique réellement distinct, invisible et intangible, miasme, virus, ou n'importe quoi, comme dans l'intoxication paludéenne, dans l'intoxication variolique, dans la morve, etc.? Que de problèmes à poser! Quelle matière à controverse! Voilà où la divergence d'opinion peut exister, je le confesse, entre les bons esprits. Toujours est-il, cependant, que le développement primitif de la fièvre typhoïde par suite d'un certain concours de circonstances extérieures et de conditions personnelles est, comme le développement primitif du typhus, un cas sur la réalité duquel on tombe d'accord. Les anticontagionnistes supposent qu'il en est toujours ainsi; les contagionnistes, les partisans de l'identité de la fièvre typhoïde et du typhus, admettent seulement que le fait a lieu quelquefois.

B. *Transmission contagieuse de la fièvre typhoïde*. Thèse fort controversée et qui n'est pas, il faut le dire, susceptible de démonstration absolue. Les uns ne se font pas scrupule de la trancher résolument par une complète négation; mais, notons-le bien, c'est en exagérant la valeur logique des faits négatifs, ou, pour mieux dire, des faits à l'égard desquels nous manquons de renseignements (comme cela nous arrive tant de fois à Paris, même pour les sujets atteints de variole ou de toute autre affection non moins incontestablement virulente); c'est en repoussant les meilleures preuves avec un parti pris d'anticontagionisme ultrapyrrhonien. Les autres croient à la contagion; et, tout bien considéré, nous nous rangeons de leur côté.

Il existe des faits nombreux et de tout point irrécusables, qui démontrent comment on peut, très aisément parfois, suivre dans les petites localités, pour ainsi dire pas à pas, de maison en maison, d'un village à un autre, la transmission de la maladie par contagion. Les documents les plus précieux sur ce sujet ont été présentés par MM. Bretonneau, Gendron, Piedvache et autres auteurs dont les travaux ont été cités et commentés à l'article *Bibliographie* (1724.). Nous pourrions y ajouter l'intéressante relation d'une épidémie observée par le docteur Austin Flint (*Résumé de recherches cliniques sur la fièvre continue*, Paris, 1854) à North Boston, hameau de l'État de New-York. Les grands centres de population sont, par contre, peu favorables à ce genre de recherches; il y est fort difficile de remonter à la source du mal et de s'isoler de toutes les chances d'erreur. Peut-être aussi ne retrouve-t-on pas dans les villes, au même degré que dans les campagnes, les conditions nécessaires à la propagation des agents spécifiques. Le fait est que c'est à peine si MM. Louis et Chomel ont pu, dans le cours de leur longue pratique, rassembler quelques observations de fièvre typhoïde contractée dans les salles des hôpitaux de Paris où l'on trouve, presque constamment, un plus ou moins grand nombre de dothiéntériques en voie de traitement. Pendant l'épidémie qui a sévi à Paris en 1853, sur 228 cas existant à l'Hôtel-Dieu, du 1<sup>er</sup> au 30 janvier, on n'a noté qu'un seul cas déclaré à l'intérieur; et, sur les 439 cas relevés en février, dans le même hôpital, il n'en est que 10 qui se soient développés dans les salles (*Arch. génér. de méd.*, t. I, 1853, p. 507). Ces résultats paraîtront, sans doute, peu favorables à la doctrine de la contagion, et les médecins anticontagionnistes n'ont pas manqué de les faire valoir. Mais, on ne doit pas oublier que les salles de nos hôpitaux sont spacieuses, bien tenues, ventilées avec soin; que les individus qui viennent y chercher un refuge ont peut-être été autrefois atteints de la maladie; et, qu'ils y entrent, pour la plupart, au début ou pendant le cours d'une affection fébrile aiguë: autant de conditions qui rendent très difficile la transmission de la fièvre typhoïde par voie de contagion. Il faut, en effet, pour que cette contagion ait lieu, outre les conditions personnelles d'aptitude sur lesquelles il nous