

la contagion de cette fièvre, comptait peu de partisans; M. Piorry lui a donné une grande valeur par les recherches nombreuses et par les faits importants dont il a enrichi la science.

Non-seulement la tuméfaction, mais encore les déplacements, l'irritation et la douleur, le ramollissement et l'induration, la dégénérescence et la rupture de la rate, peuvent coïncider avec les fièvres intermittentes. Ces rapports ont été constatés par de nombreuses observations.

Dans l'épidémie de Groningue, sur 107 nécropsies, on trouva 66 fois la rate volumineuse et convertie en une sorte de matière pultacée (1). Duret, médecin à Nuits, a vu une fille, longtemps atteinte de fièvre périodique, mourir subitement d'une rupture de la rate (2). Chez un homme de vingt-deux ans, ce fut au troisième accès que cette rupture eut lieu. Il est vrai que cet homme, de mœurs très-dépravées, avait été exposé à des violences morales et physiques (3). Mais la rate se serait-elle rompue si son tissu n'eût pas été déjà ramolli?

M. Nonat a vu un malade atteint de fièvre intermittente, puis d'hématémèse. Dans le sang vomé, il y avait des débris de tissus organiques. Cet individu étant mort d'une autre affection, on vit à l'estomac, vis-à-vis la rate, une cicatrice, et ce dernier organe, qui y adhérait, était flétri, ratatiné, aplati, réduit à son tissu périphérique (4).

Dans les pays où les fièvres intermittentes sont endémiques, rien n'est plus ordinaire que de trouver des individus ayant subi l'influence paludéenne, avoir le ventre volumineux et la rate assez considérable pour s'étendre jusqu'à l'ombilic ou même le dépasser, et remplir presque toute la cavité abdominale; dans certains pays, on appelle ces individus *rateleux*.

M. Nepple a distingué les engorgements de la rate en deux

*intermittentes*, 1818. — *Journal général de Méd.*, 1823. — *Bulletin de l'Acad. de Méd.*, t. XII, p. 278.

(1) *Journal général*, 2<sup>e</sup> série, t. XXXIX, p. 5.

(2) *Idem*, t. XXXVIII, p. 136.

(3) Janssens; *Annales de la Soc. de Méd. d'Anvers*, novemb. 1845. — *Journal de Bruxelles*, 1845, p. 25.

(4) *Gaz. des Hôpit.*, 1846, p. 534.

sortes, et cette distinction est éminemment pratique. Les uns sont chroniques, stationnaires, indolents; les autres aigus, rapides, avec ramollissement et dilacération du tissu de l'organe (1). Ces derniers appartiennent surtout aux fièvres subcontinues et pernicieuses.

La fréquence de la tuméfaction de la rate dans les fièvres intermittentes n'est contestée de personne. Mais cette altération serait-elle constante? M. Piorry soutient l'affirmative. Cette opinion mérite d'être examinée.

M. Piorry reproche à ses prédécesseurs de n'avoir pas su explorer la rate. Jadis, si un malade ne se plaignait pas vivement de l'hypochondre gauche; si on ne trouvait pas, sous le rebord des fausses côtes, une saillie prononcée, on ne se doutait guère de la lésion splénique.

Cet habile clinicien a donc rendu à la science un service qu'il serait injuste de méconnaître, en indiquant par quels procédés on peut se former une idée exacte des dimensions de la rate.

1<sup>o</sup> Il faut interroger d'abord l'hypochondre gauche, le comparer au droit, en palper tous les points, faire pencher le malade sur l'un et l'autre côtés. Par la pression sous les cartilages, on développe très-souvent, selon M. Piorry (2), très-rarement, selon M. Bouillaud (3), de la sensibilité. M. Piorry a vu des malades avoir une horripilation par le fait seul de cette pression, quoique opérée avec ménagement (4).

2<sup>o</sup> On percute en suivant une ligne verticale commençant près de l'aisselle et finissant au flanc gauche; puis, en suivant des lignes transversales et obliques.

La percussion doit être tantôt légère, tantôt plus forte, alternativement.

M. Piorry préfère le plessimètre; il l'emploie avec une grande perfection. La plupart des médecins, et je suis de ce

(1) *Journal de Méd. de Lyon*, 1842. — *Gaz. méd.*, t. X, p. 204.

(2) *Path. iatrique*, p. 36, 90.

(3) *Gaz. des Hôpitaux*, 1849, p. 347.

(4) *Pathologie*, p. 88.

nombre, se servent du doigt. Je trouve qu'il s'accommode mieux à la forme du thorax; qu'il se place assez commodément entre deux côtes, et qu'il limite plus exactement les points où la matité s'arrête. Ce n'est qu'après avoir maintes et maintes fois comparé ces deux modes, que je m'en suis tenu au dernier.

Quoi qu'il en soit, dès qu'on peut préciser les limites de la rate, il faut en indiquer les traces sur la peau avec de l'encre ou avec le nitrate d'argent, ou avec le crayon dermatographique.

3° Il faut ausculter surtout vers la limite supérieure de la matité, pour juger de la perméabilité du tissu pulmonaire.

Voilà les principales règles d'après lesquelles il convient de procéder à l'examen de la rate.

Les dimensions ordinaires de cet organe, dans l'état de santé, sont, d'après M. Piorry, dans le sens de la longueur, de 8, 9 ou 10 centimètres, et selon la largeur, de 7, 8 ou 9 (1).

Cette fixation est un peu restreinte. Selon Dupuytren, le terme moyen de la longueur de la rate est de quatre pouces et demi (2), c'est-à-dire 12 centimètres; et remarquez ce que signifie cette expression terme moyen: elle veut dire que si certaines rates normales n'ont que 8 ou 9 centimètres, d'autres peuvent en avoir 13 ou 14. Mais admettons que 12 est la mesure la plus large de l'état sain. Tout ce qui sera en sus appartiendra à la condition morbide, comme tout ce qui sera au-dessous rentrera dans le cadre de l'état normal.

Voyons maintenant à quels résultats ont conduit les observations de M. Piorry lui-même.

Il a vu, dans 130 cas de fièvre intermittente, la rate présenter une fois trois pouces et demi, sept fois quatre pouces, et dix fois quatre pouces et demi (3), ce qui constituerait l'état normal d'après l'évaluation de Dupuytren.

(1) *Pathologie*, p. 31.

(2) Assolant; *Recherches sur la rate*. Paris, an X. — Ribes; *Dictionnaire des Sciences médicales*, t. XLVII, p. 224.

(3) *Traité de diagnostic et de séméiotique*, t. II, p. 272.

M. Piorry énumère d'autres observations, desquelles il suit que, vingt-cinq fois sur 159, la rate n'avait que 8, 9, 10, 11 et 12 centimètres (1), c'est-à-dire dans le sixième des cas. Mais ce sixième ne serait-il qu'une légère exception, dont il ne faut pas tenir compte? Ce chiffre, tout faible qu'il est, s'accroît de celui qui résulte des observations de beaucoup d'autres médecins.

M. Bouillaud est loin d'avoir toujours constaté l'augmentation de volume de la rate (2).

M. Édouard Petit de Corbeil affirme, après une étude très-attentive, non-seulement que la rate n'est pas toujours développée dans les fièvres intermittentes, mais que son volume est parfois réduit (3).

M. Gouzee, dans l'épidémie de fièvres intermittentes qui a régné à Anvers, en 1847, n'a trouvé qu'une fois sur six la rate évidemment tuméfiée (4).

M. Louis Fleury a constaté, dans 11 cas de fièvre intermittente, que la rate n'avait deux fois que 8 centimètres et demi, une fois 9, une fois 10, une fois 10 et demi; et il est à remarquer que des deux cas où les dimensions étaient les plus exigües, l'un résultait d'une contusion de l'hypochondre droit, et l'autre était une récidive de fièvre avec augmentation de volume du foie (5).

A l'hôpital de Bitche, en 1848, MM. H. Jacquot et Dauvais n'ont observé, chez cent malades, que vingt-deux fois la tuméfaction de la rate (6).

Dans l'épidémie de fièvres comateuses de Tlemcem, MM. Sonrier et Félix Jacquot ont trouvé, à l'ouverture cadavérique, sur 7 cas, la rate parfaitement normale quatre fois (7).

M. Dupré, professeur à la Faculté de Montpellier, a vu

(1) *Pathologie iatrique*, t. VI, p. 89.

(2) *Nosographie médicale*, t. III, p. 444.

(3) *Gaz. méd.*, t. XV, p. 69.

(4) *Revue*, 1848, t. II, p. 252.

(5) *Archives*, 1848, 4<sup>e</sup> série, t. XVI, p. 289.

(6) Thèse, déc. dernier, p. 3.

(7) *Gaz. méd.*, t. XVII, p. 690.

cet organe petit et sain chez un militaire mort à la suite d'une fièvre quotidienne et d'une céphalée intense, ainsi que chez un autre malade qui avait eu une fièvre quarte, tandis qu'il était très-volumineux chez un individu atteint de maladie des voies aériennes, et qui mourut sans fièvre <sup>(1)</sup>.

M. Lachaise, attaché comme médecin aux ouvriers parisiens employés aux travaux de canalisation de la Saône, en Sologne, n'a point trouvé la rate développée ou sensible chez les six ou sept cents fiévreux qu'il a eu à soigner. Dans les neuf nécropsies qu'il a faites, il n'a vu qu'une seule fois la rate dépasser le rebord des fausses côtes; cet organe était dans quelques cas si peu développé, qu'on le distinguait difficilement sous la voûte du diaphragme <sup>(2)</sup>.

M. Rochard, qui a observé les fièvres paludéennes à Madagascar, ayant eu l'occasion de faire l'ouverture de cent cinquante-trois cadavres, a constaté trente-une fois que le volume de la rate était positivement moindre qu'à l'état normal. Sur ce nombre, vingt-deux individus n'avaient pas pris de sulfate de quinine <sup>(3)</sup>.

J'ajouterai à ces faits ceux que j'ai moi-même recueillis.

Jusqu'à l'année 1845, on ne notait, à la clinique interne de Bordeaux, la tuméfaction de la rate que lorsqu'elle était très-évidente. Mais depuis cette époque, une attention spéciale et constante a été dirigée sur ce point, et voici les résultats de mes recherches. En 1845 et 1846, chez 302 malades, nous avons rencontré 111 fois une tuméfaction marquée de la rate. En 1847, sur 148 individus, il y a eu 92 fois intumescence de la rate; en 1848, sur 132, 88; en 1849, sur 45, 23; en 1850, sur 49, 38; en 1851, sur 39, 24; et en 1852, sur 37 examens, la rate ne s'est trouvée évidemment développée que 15 fois.

J'ai dû prendre toutes les précautions nécessaires pour

<sup>(1)</sup> *Bulletin de l'Académie de Méd.*, t. XII, p. 334.

<sup>(2)</sup> *Idem*, t. XIV, p. 846.

<sup>(3)</sup> *Union médicale*, t. VI, 1852, p. 69. — Des documents analogues sont fournis par M. Smith. (*Idem*, p. 118.)

porter un jugement positif. Il a fallu assez souvent faire incliner le malade pour rendre la rate plus saillante; s'assurer aussi du volume du foie, qui parfois étend son lobe gauche jusque dans l'hypochondre splénique. Une autre difficulté est souvent résultée de la matité fournie par l'engouement ou l'hépatisation de la base du poumon gauche. Cette coïncidence est très-fréquente chez les individus qui ont eu d'anciennes pneumonies dont la résolution est demeurée incomplète. Un épanchement pleural peut offrir les mêmes phénomènes, et faire croire à un développement exagéré de la rate. Cet organe peut bien, en grossissant, soulever le diaphragme et s'enfoncer sous les côtes; mais il en sort et fait une saillie, quand le malade se redresse, s'assoit ou se tient debout.

Dans une discussion engagée à l'Académie de Médecine, en 1847, M. Bouillaud, tout en admettant que dans la majorité des cas la rate est tuméfiée, établit que la tuméfaction est en raison du nombre des accès <sup>(1)</sup>.

J'ai voulu m'assurer si ce rapport était exact. Dans 256 cas de tuméfaction splénique, 93 fois la fièvre était récente, et 163 fois il y avait eu récurrence. J'ajouterai que sur 149 cas dans lesquels la rate ne m'a pas paru tuméfiée, 123 fois la fièvre était récente, et 26 fois récidivée <sup>(2)</sup>.

Ainsi, la tuméfaction de la rate s'accroît le plus ordinairement avec la répétition des accès.

Ayant fait l'examen de la rate presque toujours pendant l'apyrexie, on pourrait supposer que cet organe était alors moins volumineux que durant l'accès. Mais, selon M. Piorry, cette différence d'époque ne modifie en rien le volume de la rate <sup>(3)</sup>.

<sup>(1)</sup> *Bullet. de l'Acad.*, t. XII, p. 270. — M. Bouillaud disait dans ses *Leçons*, en 1849, que dans plusieurs cas il n'avait pu constater le développement de la rate; qu'il avait rencontré la rate volumineuse sans fièvre, etc. (*Gaz. des Hôpitaux*, 1849, p. 347.)

<sup>(2)</sup> M. Casimir Broussais a vu des malades arrivés à leur cinquième récurrence sans augmentation du volume de la rate. (*Bullet. de l'Acad.*, t. XII, p. 294.) — M. Bouillaud a vu la fièvre intermittente durer pendant un, deux et trois mois, sans s'accompagner de la tuméfaction de la rate. (*Gaz. des Hôpitaux*, 1849, p. 347.)

<sup>(3)</sup> *Path.*, p. 48.

M. Durand de Lunel dit avoir observé que la rate est plus développée le matin que le soir <sup>(1)</sup>. Je n'ai point vérifié l'exactitude de cette assertion, que M. Piorry n'admet en aucune manière après des examens répétés. « Cet organe, dit-il, n'augmente ni ne diminue pendant la digestion, à la suite d'une course et dans les accès de fièvre <sup>(2)</sup>. »

Des faits précédemment exposés, je conclus : 1° que dans le cours d'un très-grand nombre de fièvres intermittentes, on constate l'augmentation du volume de la rate; 2° que cette augmentation est d'autant plus sensible que la fièvre est plus ancienne; 3° que cette augmentation, même d'après les propres observations de M. Piorry, ne constitue pas un fait constant et invariablement associé à l'existence de toute fièvre périodique.

Si la rate n'a pas toujours manifestement augmenté de volume, offre-t-elle du moins, dans ces cas, quelques autres indices d'un état morbide, par exemple, une vive sensibilité, de la douleur à la pression?

M. Piorry dit avoir constaté cette sensibilité 82 fois sur 164 <sup>(3)</sup>, et M. Pezerat a cité huit observations de fièvres intermittentes précédées de douleur à l'hypochondre gauche, douleur que ce médecin considère comme la preuve d'une splénite <sup>(4)</sup>.

M. Bouillaud n'a jamais observé de douleur vive, ni même dans l'immense majorité des cas, de douleur légère à la région de la rate <sup>(5)</sup>.

Dans mes recherches, je n'ai point reconnu les symptômes positifs d'une phlegmasie de la rate. La douleur, provoquée par une pression sur cet organe, n'est point un phénomène fréquent. Maintes fois, j'ai enfoncé les doigts sous le rebord des cartilages costaux, le malade étant placé de manière à

<sup>(1)</sup> *Gaz. méd.*, t. XVII, p. 83, 480. — *Bullet. de l'Acad.*, t. XII, p. 297.

<sup>(2)</sup> *Bullet. de l'Acad. de Méd. de Paris*, t. XI, p. 630.

<sup>(3)</sup> *Path. iatriq.*, p. 92.

<sup>(4)</sup> *Archives de Méd.*, 2<sup>e</sup> série, t. V, p. 199.

<sup>(5)</sup> *Nosographie*, t. III, p. 446.

offrir le plus complet relâchement des parois abdominales, et le plus souvent je n'ai provoqué qu'une douleur obtuse, semblable à celle qu'aurait produite une pression pareille exercée sur l'hypochondre opposé. Jamais, je n'ai déterminé ni frisson, ni horripilation par ces recherches souvent répétées et prolongées.

**g. — Altérations du sang.** — Divers praticiens ont eu l'occasion de s'assurer des changements que le sang subit sous l'influence des fièvres intermittentes. Huxham avait constaté que dans la fièvre quotidienne, le sang est plus dense, plus analogue à celui d'une phlegmasie, que dans les cas de fièvres tierces ou quartes <sup>(1)</sup>.

M. Bretonneau professe depuis longtemps que le sang est altéré dans sa crase, ce qu'annoncent la pâleur, la céphalée, le malaise, qui précèdent ou suivent la fièvre, ou qui signalent les récidives, et ce que prouve aussi la tendance aux infiltrations séreuses <sup>(2)</sup>.

M. Facen a trouvé au début des fièvres l'état du sang à peu près normal; mais après des accès répétés, la fibrine se montrait plus coagulable <sup>(3)</sup>.

M. Salvagnoli a trouvé dans le sang, chez quatre sujets, moins de fibrine et moins d'albumine, et a constaté l'absence presque complète des phosphates, tandis que la cholestérine était prédominante <sup>(4)</sup>.

MM. Léonard et Foley ont vu en Algérie, dans ces maladies, le chiffre de la fibrine osciller entre les maxima et les minima de l'état physiologique, s'abaisser évidemment dans les récidives, et la masse des globules ne diminuer, ainsi

<sup>(1)</sup> *Opera*, t. II, p. 32.

<sup>(2)</sup> V. la thèse d'un de ses élèves, M. Groussin, 1831, n° 198, p. 11, — et *Journ. de Connaissances méd.-chir.*, t. I, p. 102.

<sup>(3)</sup> *Memor. della Med.*, etc. — *Revue*, 1842, t. I, p. 400. — *Gaz. méd.*, t. X, p. 520.

<sup>(4)</sup> *Gaz. méd. di Milano. — Expér.*, t. XIII, p. 351. — Les mêmes résultats ont été obtenus par M. André Cossi de Florence. (*Bertulus; Journ. de la Soc. de Méd. de Bordeaux*, 1850, p. 137.)

que l'albumine, que par la prolongation de la maladie (1).

M. Abeille a analysé le sang dans trois cas de fièvre intermittente. Sur 1,000 parties, la fibrine a présenté 2,25; 2,18; 3,13; les globules ont donné 105,85; 129,35; 135,12; les matériaux solides du sérum 84,79; 81,91; 81,75; l'eau a été dans la proportion de 807,44; 786,25; 780 (2).

Ces observations diverses prouvent que le sang s'est peu éloigné de l'état normal.

Voici les remarques que j'ai faites sur le sang fourni par environ cent saignées.

Quarante-quatre fois le caillot était mou et absolument dépourvu de couenne.

Neuf fois le caillot était de consistance moyenne, deux fois il était dense.

Dix fois il était volumineux, et s'était comme collé aux parois du vase.

Une fois le sérum et le caillot ne formaient qu'une seule masse.

J'ai trouvé sept fois à la surface du caillot une couenne très-mince; quatre fois, une couenne molle et comme glaireuse; cinq fois, une couenne molle et jaunâtre; une fois, une couenne verdâtre; cinq fois, une couenne épaisse d'une à deux lignes.

Ainsi, ou le sang était dépourvu de couenne, ou bien celle-ci n'avait pas la consistance et les caractères de celle qui distingue le sang dans les phlegmasies.

J'ai aussi retiré la fibrine pour l'apprécier d'une manière plus rigoureuse.

Dans trois cas de fièvre quotidienne simple, j'ai obtenu 3,0; 3,0; 2,70.

Les modifications quantitatives de la fibrine ont été très-marquées dans les deux fait suivants :

1<sup>re</sup> Obs. — Un jeune homme de vingt-trois ans, venant de la Pointe-de-Grave (Bas-Médoc), était atteint de fièvre quotidienne, mais en

(1) *Gaz. méd.*, t. XIII, p. 733.

(2) *Revue méd.*, 1849, t. III, p. 125.

même temps d'irritation des voies digestives, simulant un commencement d'entérite folliculeuse; je recueillis 2,50 de fibrine, par une première saignée, et 2, par une seconde. Plusieurs ventouses scarifiées furent appliquées sur l'abdomen. Ces moyens avaient amoindri les symptômes, lorsque survint un accès violent qui nécessita l'administration en lavement de 80 centigr. de sulfate de quinine, avec 6 gouttes de laudanum de Sydenham. L'accès ne se reproduisit plus, mais il fallut de nouveau calmer l'irritation des voies digestives par une application de ventouses, un régime plus sévère, et des lavements opiacés. La convalescence ne tarda pas à s'établir.

Voici un exemple fort différent :

11<sup>e</sup> Obs. Un homme âgé de trente-trois ans, terrassier, venant de La Réole, avait depuis huit jours des accès de fièvre quotidienne, en même temps, l'épigastre sensible à la pression, une soif ardente, de la constipation. Entré le 7 novembre 1849 à l'hôpital, il présente la peau ardente, le pouls plein et fréquent, la langue rouge sans enduit, la bouche amère et sèche. Aucun symptôme de phlegmasie thoracique n'est observé.

Néanmoins, on pratique une saignée du bras. La fibrine, retirée et séchée, pèse 5. Le pouls perd rapidement de sa force, mais la fréquence atteint 154 pulsations. Une légère douleur se manifeste au côté gauche du thorax; on y applique trois ventouses scarifiées. Du 15 au 27 novembre, tous les symptômes étaient dissipés; le malade se disposait à quitter l'hôpital, lorsqu'un accès fébrile très-violent se déclare pendant la nuit. Une potion avec le sulfate de quinine, 0,5<sup>gr</sup> 80<sup>c</sup>, et l'extrait mou de quinquina, 2<sup>gr</sup>, est prescrite et réitérée. La fièvre n'a plus reparu.

On voit, dans ce dernier cas, un excès de fibrine se montrer lorsque la maladie portait un caractère inflammatoire, et cependant lorsqu'une fièvre intermittente durait depuis quelques jours et allait révéler son intensité par un violent accès.

Ainsi, le sang ne présente pas des altérations constantes propres aux fièvres périodiques; toutefois, il y a lieu de supposer que des modifications de ce fluide résultent de la persistance de ce genre de maladie.

**B. — Lésions des organes de l'innervation.** — Il est peu d'accès de fièvres qui ne s'accompagnent pas de céphalalgie, de

vertiges ou de pesanteur de tête, quelquefois d'un léger délire, ou du moins d'excitation cérébrale.

Ces symptômes peuvent persister, quoique à un très-faible degré, dans l'apyrexie. Il en est quelques-uns qui semblent rapporter à l'axe cérébro-spinal une part plus active dans les manifestations de la fièvre intermittente.

M. Griffin, médecin irlandais, ayant appelé l'attention sur une douleur spéciale qui siège souvent le long du rachis, M. Kremers, d'Aix-la-Chapelle, constata que la pression successive des premières vertèbres dorsales développe une grande sensibilité, non-seulement pendant le cours des fièvres intermittentes, mais encore dans les maladies qui leur succèdent (1). M. Van Mons, de Bruxelles, ne douta pas de l'existence d'une myélite. M. Gouzée, sans exprimer une opinion aussi formelle, annonça les heureux effets des ventouses ou des sangsues et des révulsifs appliqués sur le rachis (2).

Plusieurs fois j'ai reconnu cette sensibilité rachidienne. La douleur occupait les lombes, la région dorsale, ou la nuque et l'occiput, rarement tous ces points à la fois. Elle a été très-souvent enlevée par l'application locale des ventouses.

#### B. — Types des fièvres intermittentes.

Les fièvres intermittentes sont le plus ordinairement soumises aux types quotidien, tierce et quarte. Elles reviennent assez rarement les 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup> jours, etc.

Le type ne se mesure pas sur la longueur de l'apyrexie, mais sur l'époque de l'invasion de chaque accès. Ainsi, une fièvre quarte peut n'offrir qu'un jour d'apyrexie, au lieu de deux, si l'accès dure trente-six ou quarante heures. Mais soixante-douze heures environ s'écoulent entre l'invasion du premier et celle du second.

On a cru trouver un rapport entre la diversité du type et les degrés de chaleur du climat ou de la saison. M. Nepple a

(1) *Gaz. méd.*, t. V, p. 480.

(2) *Annales de la Soc. de Méd. d'Anvers*, 1842. — *Journ. de Méd.*, de M. Beau, 1843, p. 87.

soutenu cette opinion, en montrant le type quotidien fréquent en été et dans les pays chauds, le tierce commun en automne et dans le Nord (1).

On a aussi accordé une grande part à l'intensité de l'intoxication par le miasme paludéen. M. Boudin a défendu cette thèse (2), en soutenant que les accès se rapprochaient lorsque leur cause était plus puissante.

Ces deux causes se lient étroitement; c'est sous l'influence d'une forte chaleur que les émanations s'élèvent avec activité dans l'atmosphère.

Observons néanmoins que dans les mêmes lieux, et dans les mêmes saisons, se rencontrent des types très-divers, qui souvent se succèdent assez rapidement chez les mêmes individus, sans que les circonstances extérieures aient changé.

C'est un fait constaté chaque année. Grainger en cite plusieurs exemples (3). Fizeau a vu une fièvre quarte devenir tierce, puis quotidienne et double quarte (4). Quelquefois, ces changements ne s'opèrent qu'avec lenteur. Fizeau rapporte l'exemple d'une fièvre qui fut quotidienne pendant quinze jours, tierce pendant deux ans et demi, quarte pendant deux mois, et qui guérit presque spontanément (5). M. Piorry a vu des fièvres quotidiennes devenir tierces, et réciproquement, et des fièvres quartes devenir quotidiennes, etc. (6).

J'ai vu les mutations les plus multipliées. Très-fréquemment, une fièvre tierce est devenue quotidienne; presque aussi souvent l'inverse a eu lieu. La fièvre, après avoir été quotidienne, puis tierce, est redevenue quotidienne ou double tierce. Plusieurs fois, après avoir été quotidienne, elle est devenue quarte; d'autres fois, elle a été quotidienne d'abord,

(1) *Journ. de Méd. de Lyon. — Revue*, 1826, t. I, p. 275, — et *Gaz. méd.*, t. XIV, p. 665.

(2) *Traité des fièvres*, p. 125, 132.

(3) Cas. XII, p. 168; cas. XIII, p. 171.

(4) P. 106, 110. — Laennec a communiqué une observation très-analogue. (V. Thèse de M. Legal la Salle, Paris, 1808, n° 61, p. 16.)

(5) P. 85.

(6) *Pathol. iatrique*, p. 56.