

breux cas de pneumonies latentes que nous avons rencontrées si souvent dans nos observations particulières, et que n'annonçaient ni la toux, ni la dyspnée, ni l'expectoration.

Ce qui pourrait mieux démontrer l'indépendance d'existence de la fièvre et de la lésion intestinale, c'est le cas inverse du précédent, c'est celui où la fièvre persiste, s'accompagnant de symptômes de plus en plus graves, au milieu desquels le malade est entraîné au tombeau; et cependant, à la nécropsie, on ne trouve parfois que des plaques affaissées, des ulcérations cicatrisées ou allant l'être, et du reste, aucune autre altération qui puisse expliquer les symptômes et la mort. Il semble qu'ici ce qui reste comme cause de maladie, ce qui a survécu aux lésions appréciables d'organes, c'est une altération profonde des forces vitales, qui a été le produit possible, mais non nécessaire, de la modification imprimée à la texture d'un organe.

6°. Perforations (1).

Elles doivent être considérées comme une des terminaisons des lésions diverses que nous venons de passer en revue. Elles sont la cause immédiate de la mort d'un certain nombre d'individus atteints de fièvres continues. Elles ont pour siège le plus fréquent, soit les plaques exanthémateuses ci-dessus décrites, soit des ulcérations qui ont, ou non, succédé à ces plaques.

La probabilité des perforations n'est pas toujours en raison directe du nombre, de l'étendue, de la gravité des ulcérations, ou autres lésions intestinales. Une de nos observations (obs. x) nous a montré un cas de perforation intestinale surve-

(1) Voyez, pour la description de ces perforations, notre *Precis d'anatomie pathologique*.

nue chez un individu dont l'intestin ne présentait qu'une seule ulcération, d'un diamètre très-peu considérable, avec quelques plaques fort peu étendues autour d'elle.

Les perforations intestinales ne surviennent, le plus ordinairement, qu'à une époque avancée de la maladie, lorsque déjà existent les symptômes de la fièvre dite adynamique. Il en résulte une péritonite qui, dans beaucoup de cas, se dévoile par ses signes accoutumés, mais qui, dans quelques cas cependant, n'est annoncée par aucune douleur, ce qui tient sans doute à l'émoussement général de la sensibilité; si l'abdomen était antécédemment ballonné, la péritonite ne lui fait pas changer de forme; la petite quantité de liquide qui se produit est alors bien difficile à reconnaître; en un mot, les différents signes locaux de la péritonite peuvent n'être que très-imparfaitement dessinés, et il est des cas où l'accroissement subit de la prostration, la rapide décomposition des traits, ont été les seuls accidents nouveaux qui aient coïncidé avec l'invasion de ces péritonites par perforation.

Une mort prompte suit communément les péritonites qui, dans le cours des fièvres, se développent à l'occasion d'une perforation intestinale; les malades peuvent succomber de douze à vingt heures après l'apparition des premiers signes qui portent à soupçonner un pareil accident; toutefois, la mort peut aussi ne survenir que beaucoup plus tardivement. Nous avons vu un individu qui était déjà parvenu à l'une des dernières périodes de la fièvre adynamique, lorsque tout-à-coup des vomissements survinrent, et en même temps l'abdomen devint tendu et douloureux à la pression; nous présumâmes qu'une des ulcérations qui existaient très-probablement dans l'intestin, s'était terminée par perforation. Cependant, le surlendemain les vomissements et les nausées cessèrent; l'abdomen pressé ne manifesta plus de douleur, nous crûmes nous

être trompés, le malade vécut encore trois ou quatre jours sans que la péritonite révélât de nouveau son existence. L'ouverture du cadavre nous prouva cependant qu'elle avait réellement eu lieu, et qu'elle avait été causée par une perforation intestinale (1). M. Louis a parlé d'un cas où la mort ne survint que sept jours après le développement des premiers symptômes de la péritonite. Ces symptômes avaient cependant commencé par être très-intenses; ils étaient devenus moins graves vers le quatrième jour.

Les perforations intestinales peuvent aussi survenir chez des individus qui ne présentent encore que les symptômes d'une fièvre très-légère, et une maladie qui n'a aucun caractère actuel de gravité peut ainsi se transformer tout-à-coup en une maladie rapidement mortelle. L'observation xx nous a montré une péritonite ainsi produite chez un malade qui n'avait que les symptômes d'une légère fièvre bilieuse.

En résumant tout ce que nous venons de dire sur l'état de

(1) Les perforations intestinales, qui surviennent dans d'autres maladies que dans les fièvres, bien que suivies ordinairement de l'invasion d'une péritonite très-promptement mortelle, peuvent quelquefois ne donner lieu qu'à une péritonite chronique. Le cas suivant nous semble très-remarquable sous ce rapport : Un jeune homme atteint de phthisie pulmonaire avait depuis long-temps une abondante diarrhée; l'abdomen avait toujours été entièrement indolent. Un jour il se plaignit de vives douleurs autour de l'ombilic; la pression les exaspérait : elles furent regardées comme le produit de l'inflammation dont le tube digestif était le siège. Elles persistèrent d'une manière continue, mais assez modérée, pendant huit à dix jours. Aucun des autres symptômes ne s'était aggravé d'une manière remarquable; tout-à-coup le malade sentit son ventre mouillé d'une assez grande quantité de liquide, et il s'aperçut qu'une fente linéaire existait à l'ombilic. Il en sortit dans la journée un ver ascaride lombricoïde avec un liquide jaune, analogue à celui qui remplit ordinairement les intestins grêles. N'était-il pas raisonnable de supposer qu'une anse

l'intestin grêle chez les individus qui meurent pendant le cours d'une fièvre continue, nous établirons les propositions suivantes :

1. Parmi les individus qui succombent avec l'un ou l'autre des groupes morbides appelés fièvres essentielles, quelques-uns ne présentent dans l'intestin grêle aucune lésion appréciable.

2. Chez d'autres, on trouve dans l'intestin grêle des lésions semblables à celles qu'on rencontre dans la plupart des autres maladies (injections, ramollissement de la muqueuse à divers degrés, etc.).

3. Chez le plus grand nombre, l'intestin grêle présente une lésion spéciale qu'on ne trouve à peu près exclusivement, à son état aigu, que dans les fièvres dites essentielles, et qui consiste dans la tuméfaction inflammatoire des follicules intestinaux. De cette tuméfaction résulte un exanthème qui occupe la fin de l'iléum.

d'intestin s'était perforée; qu'à l'aide d'adhérences partielles contractées entre elle et les parois abdominales, aucun épanchement n'avait pu avoir lieu dans le péritoine, et que les parois abdominales s'étaient à leur tour enflammées et perforées? N'était-ce pas, en un mot, un anus contre nature qui venait de s'établir? Cependant, les jours suivants, un peu de liquide continua à s'écouler par la fistule : les douleurs abdominales étaient peu intenses. Le malade, parvenu au dernier degré de la consommation pulmonaire, succomba vingt-sept jours après l'apparition des premières douleurs, dix-huit jours après la formation de la fistule. On trouva les traces d'une horrible péritonite. Le paquet intestinal était réuni en une seule masse par des fausses membranes noires, très-épaisses. Un liquide verdâtre peu abondant était épanché entre les anses intestinales, il y était retenu par des brides membraneuses qui formaient comme les parois d'une foule de loges partielles; aucune adhérence n'existait à la région ombilicale. On trouva dans le péritoine deux ascarides lombricoïdes; leur présence ne permit pas de révoquer en doute l'existence d'une perforation de l'intestin; mais les adhérences étaient si multipliées et si intimes, qu'il fut impossible de la découvrir.

4. Cet exanthème peut se terminer par simple résolution ou par ulcération.

5. L'observation ne démontre pas que tout exanthème qui s'ulcère ait commencé par se transformer en eschare.

6. Une fois formées, les ulcérations ne s'opposent pas nécessairement à ce que la guérison ait lieu, car on en a constaté la cicatrisation.

7. L'exanthème ne paraît pas parcourir dans son développement comme dans ses terminaisons, des périodes aussi fixes qu'on l'a prétendu. Une fois produit, il ne se termine nécessairement ni par gangrène, ni par ulcération, et, lorsque celle-ci a lieu, ce n'est pas toujours au bout d'un même laps de temps.

c. Gros intestin.

Ses lésions sont loin d'être constantes. Dans un assez grand nombre de nos observations, nous l'avons trouvé parfaitement sain dans toute son étendue.

Des diverses parties du gros intestin, le cœcum est celle qui se montre le plus souvent lésée.

Les altérations qu'on rencontre dans le gros intestin sont :

1° Un simple érythème qui, très-rarement général, est bien fréquemment borné au seul cœcum ;

2° Un développement insolite des follicules. Il en résulte un exanthème qui, dans le cœcum, peut encore se présenter sous forme de plaques semblables à celles de l'intestin grêle, mais qui, dans le reste du gros intestin, ne se montre jamais que sous l'apparence de pustules ou de boutons isolés ;

3° Des ulcérations. Elles vont en diminuant de fréquence du cœcum vers le rectum. Celles qu'on observe dans le cœcum

ont le même aspect que celles de la fin de l'intestin grêle. Dans le colon, elles sont généralement plus petites et séparées par des intervalles plus considérables. Nous avons cité un cas dans lequel, des diverses parties du gros intestin, le rectum contenait seul des ulcérations ; elles avaient toutes la même forme, le même diamètre ; on les eût prises volontiers pour des orifices agrandis de follicules.

Ainsi les lésions qu'on trouve dans le gros intestin sont de même nature que celles qu'on trouve dans l'intestin grêle ; comme ces dernières, elles peuvent être divisées en lésions semblables à celles qu'on rencontre dans toutes les maladies indistinctement, et en lésions spéciales.

Comme l'intestin grêle, mais plus souvent que lui, le gros intestin peut se montrer exempt de toute altération.

d. Matières contenues dans le tube digestif.

Vers. — Nous n'en avons rencontré que dans un très-petit nombre de cas ; ils étaient en grande quantité dans un des cas, rares dans les autres. C'étaient des ascarides lombricoïdes et des tricocéphales. Les premiers étaient logés dans l'intestin grêle et les seconds dans le cœcum. Il nous a paru qu'ils n'étaient, dans les cas divers où nous les avons rencontrés, qu'une complication purement accidentelle de la maladie. Ils coïncidèrent avec la plupart des symptômes qui caractérisent la *fièvre muqueuse* chez l'individu qui fait le sujet de l'observation IV. Rappelons-nous à cette occasion que chez la plupart des sujets morts de la fièvre muqueuse épidémique de Gœttingue, Røederer et Wagler trouvèrent dans les intestins un très-grand nombre de vers ? Pourquoi ces animaux se produisirent-ils en si grande quantité dans cette épidémie ? Pourquoi, dans

les ouvertures de cadavres faites à Paris depuis plusieurs années, en a-t-on trouvé si peu (1).?

Matières liquides. — Nous n'avons rien de particulier à noter sur le mucus qu'on trouve dans l'intestin des individus qui succombent pendant le cours des fièvres continues. A sa place on trouve souvent une matière liquide, semblable à de l'eau colorée en jaune, qui remplit une partie du tube digestif. Il est quelques cas dans lesquels l'intestin contient en très-grande quantité une bile jaune, verdâtre ou rougeâtre, qui en teint la surface interne. Très-rarement avons-nous trouvé cette bile dans l'estomac; et en général, ce que nous avons observé à cet égard ne nous porte pas à admettre que l'accumulation de la bile dans les voies digestives joue un grand rôle dans la production des fièvres, ni que par conséquent elle doive fournir quelque indication pour le traitement. Nous n'avons pas trouvé en particulier plus de bile que de coutume dans le tube digestif d'un individu qui succomba pendant qu'il ne présentait encore que les symptômes d'une fièvre bilieuse (Observation 1). On a prétendu, à différentes époques de la science, que les matières accumulées dans l'intestin pouvaient, dans les fièvres continues, acquérir, par la prolongation de leur séjour, un tel degré d'âcreté qu'elles irritaient la membrane muqueuse au point d'en amener l'ulcération. C'est pour nous une pure hypothèse.

On trouve quelquefois du sang exhalé à la surface de l'estomac ou des intestins. Tantôt ce sang est liquide, tantôt il est

(1) Dans beaucoup d'autres épidémies de fièvres graves, ressemblant tout-à-fait par leurs symptômes à la dothinenterie, qui ont affligé l'Europe pendant le seizième, dix-septième et dix-huitième siècles, on a noté, comme un des phénomènes prédominants de ces épidémies, la très-grande quantité de vers que rendaient les malades.

coagulé. Il est des cas où l'on n'en trouve qu'une petite quantité déposée en quelques points du tube digestif; il est d'autres cas où ce tube en est rempli, et la mort a été alors le résultat d'une hémorrhagie gastrique ou intestinale (Observation XXIX). Du reste, cette hémorrhagie ne se lie à aucune lésion spéciale de la membrane muqueuse, qui, au-dessous du sang, ne présente que de la rougeur, des ecchymoses, divers degrés de ramollissement, et qui, dans l'intestin, ne présente que ces mêmes altérations ou bien des traces soit d'exanthèmes, soit d'ulcérations; on ne trouve pas d'ailleurs, dans la solution de continuité de quelque gros vaisseau, la cause de l'hémorrhagie.

Modifié par son séjour dans l'estomac, le sang qui s'y amasse prend parfois un aspect tel, qu'il devient tout-à-fait semblable au liquide noir qui constitue la matière du vomissement dans la fièvre jaune. Nous avons cité un cas de ce genre; M. Bouillaud en a rapporté un autre dans lequel il y avait en même temps teinte jaune de la peau, et le malade avait rendu à la fois du sang par le vomissement et par les selles. On trouva dans l'estomac un liquide brun, analogue à une décoction concentrée de café. La muqueuse gastrique offrait, vers le grand cul-de-sac, des plaques d'un rouge vineux, semblables à des ecchymoses. Dans le duodénum il n'y avait que de la bile, mais dans le reste de l'intestin grêle était amassé du sang, coagulé en certains points, liquide dans d'autres. Plusieurs abcès existaient dans le foie.

Gaz. — Le colon est la partie du tube digestif où l'on trouve le plus souvent une très-grande quantité de gaz chez les individus morts de fièvre grave. Chez beaucoup de sujets la distension du colon par des gaz est tellement considérable, que cet intestin se dessine à travers les parois abdominales, refoule en haut le diaphragme, et cache en grande partie le reste du tube

digestif et les autres viscères abdominaux. Il occupe en particulier l'épigastre, où, pendant la vie, il pourrait être pris pour l'estomac.

La cause sous l'influence de laquelle s'opère dans le colon ce grand dégagement de gaz, est encore inconnue. On ne saurait l'attribuer à l'inflammation, à l'ulcération du colon, car ce météorisme existe aussi souvent dans le cas où, après la mort, on trouve le colon exempt de toute altération appréciable, que dans ceux où on le trouve malade. D'ailleurs, comme l'a remarqué M. Louis, l'intestin grêle est bien plus souvent enflammé ou ulcéré que le colon; et cependant il ne se produit pas dans l'iléum la même quantité de gaz que dans le gros intestin. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que ce grand dégagement de gaz appartient à peu près exclusivement au genre de maladies qui nous occupe.

D. RAPPORT DES LÉSIONS GASTRO-INTESTINALES AVEC LES SYMPTÔMES.

Après avoir passé en revue les différentes altérations qu'on trouve dans le tube digestif des individus morts pendant le cours d'une fièvre continue, il faut que nous recherchions quel rapport peut être établi : 1° entre l'époque à laquelle surviennent ces altérations, et les diverses phases de la maladie; 2° entre l'intensité de ces mêmes altérations, et la gravité des symptômes. Une fois donnée la solution de ces deux questions, nous pourrions mieux apprécier l'influence exercée par l'affection gastro-intestinale sur la production des symptômes.

L'observation deuxième nous a montré l'exemple d'un individu qui succomba six jours seulement après l'invasion de la maladie. Chez lui, l'altération des follicules était déjà très-prononcée; elle l'était également chez un autre (obs. 1), qui

mourut le neuvième jour. M. Trousseau (1) parle d'une ouverture faite par M. Bretonneau le cinquième jour de l'invasion de la fièvre. Dans ce cas, comme dans les deux précédents, les follicules furent trouvés malades. Les glandes de Peyer étaient fort tuméfiées, et elles formaient des plaques qui s'élevaient de la membrane muqueuse. MM. Petit et Serres ont rapporté l'observation d'un homme mort d'une pneumonie très-peu de jours après qu'avaient commencé à se manifester les signes de la maladie qu'ils ont appelée fièvre entéro-mésentérique (du quatrième au sixième jour); les plaques de l'iléum étaient très-fréquentes. Enfin, elles ont été également rencontrées par M. Louis au huitième jour de l'affection.

Ainsi, lorsque la fièvre continue se lie à l'exanthème intestinal, celui-ci commence dès les premiers temps de la maladie. De plus, il l'accompagne dans tout son cours, et on le retrouve dans les fièvres qui n'ont duré qu'un petit nombre de jours, comme dans les fièvres qui n'ont été suivies de mort qu'après quarante ou cinquante jours de durée. Cette seconde assertion est suffisamment démontrée par nos observations particulières, comme elle l'est également par celles de MM. Petit et Serres, Bretonneau, Bouillaud, Louis.

Lorsqu'enfin l'ensemble des symptômes qui constituaient la fièvre a disparu, et qu'à une époque plus ou moins éloignée de l'entrée en convalescence, une autre affection vient entraîner le malade au tombeau, on trouve dans les intestins des traces de guérison de l'exanthème : ce sont, ou des plaques affaissées, ou des ulcérations cicatrisées. Quelquefois même la dothinentérite existe encore, bien que la fièvre ait disparu depuis un certain nombre de jours; on trouve alors, soit des

(1) *Archives de Médecine.*

plaques dont la résolution commence à peine, soit des ulcérations non encore cicatrisées. Ainsi, lorsqu'un poulmon a été frappé de phlegmasie, il arrive souvent qu'il reste encore hépatisé, après qu'ont disparu les symptômes caractéristiques de la maladie.

Ainsi, l'inflammation des follicules naît avec la fièvre, ou au moins peu de temps après elle, et elle persiste tant que la fièvre persiste elle-même. A la vérité, l'intensité des lésions qui caractérisent l'entérite folliculeuse n'est pas toujours en rapport avec la gravité des symptômes observés pendant la vie. Mais n'en est-il pas ainsi de la plupart des maladies où, chez les différents sujets, apparaissent, à l'occasion d'une lésion identique, des symptômes de nature et de gravité variables?

L'entérite folliculeuse nous paraît donc être la lésion la plus capitale qui accompagne un très-grand nombre de fièvres dites essentielles, et en particulier celle qui a été désignée par MM. Chomel et Louis sous le nom de *fièvre typhoïde*.

Cette dernière fièvre elle-même peut toutefois se montrer dans des cas où les follicules intestinaux ne sont point malades, et enfin, il n'est guère de maladie, siégeant primitivement ou dans les solides, ou dans le sang, ou dans une altération dynamique du système nerveux, à propos de laquelle on ne puisse voir se développer une pyrexie qui, par ses symptômes, et quelquefois même par sa marche et par sa durée, ressemble infiniment à la pyrexie liée à une inflammation des follicules intestinaux. L'état typhoïde des modernes, l'état ataxo-dynamique de Pinel, est donc un état à point de départ très-multiple, et qui même, dans certains cas démontrés par l'observation, peut être un état morbide primitif. Nos observations particulières fournissent de tout cela de nombreux exemples; et les réflexions qui les accompagnent développent suffisamment ce point de doctrine.

§ II. LÉSIONS FONCTIONNELLES DE L'APPAREIL DIGESTIF
OBSERVÉES PENDANT LA VIE.

Cet appareil présente, pendant le cours des fièvres, des désordres de fonctions qui tendent à démontrer, au moins autant que les désordres qu'on y constate après la mort, l'importance du rôle qu'il joue dans la production de ces maladies.

Examinons tour-à-tour ces désordres fonctionnels, en les rapportant aux diverses parties du canal, où nous pouvons présumer que chacun d'eux a son siège.

Dans presque tous les cas de fièvres légères ou graves consignés dans nos observations particulières, nous avons trouvé la membrane muqueuse de la bouche, abstraction faite de celle de la langue, dont nous parlerons plus bas, altérée sous le double rapport de la quantité de sang qui doit la traverser, et de la sécrétion qui normalement doit s'accomplir à sa surface.

La membrane muqueuse de la bouche est ordinairement, dans ces maladies, d'un rouge plus intense que dans d'autres affections où le mouvement fébrile est cependant aussi considérable, comme dans la pneumonie aiguë ou dans le rhumatisme articulaire aigu. En même temps la sécrétion dont elle est le siège ou se supprime, ou augmente de quantité, ou change de caractère. Dans le premier cas, cette membrane présente une sécheresse insolite; dans le second cas, la bouche se remplit d'une mucosité visqueuse et collante; dans le troisième cas, au lieu de mucus, on observe, quelquefois, à la surface des lèvres, des gencives et des joues, une matière crémeuse ou caséuse, qui couvre ces parties soit sous forme de points isolés, soit sous forme de plaques plus ou moins larges. D'autres fois, la membrane muqueuse vient à exhaler