

## PREMIÈRE PARTIE

### SIGNES ACTUELS OU PRÉSENTS DES MALADIES

En divisant le sujet de nos études en maladies de la *tête*, de la *poitrine* et de l'*abdomen*, nous croyons avoir adopté l'ordre d'exposition le plus clair et le meilleur. Mais, dans ces limites, on ne trouve que difficilement l'occasion de faire connaître dans leur ensemble les maladies générales et les *fièvres*; d'autre part, même dans les maladies locales, la fièvre, pour n'être que consécutive et symptomatique, n'en conserve pas moins une importance sémiologique considérable : pour toutes ces raisons, nous croyons bien faire, en consacrant à l'étude de la fièvre et des fièvres un chapitre spécial, qui doit naturellement figurer en tête de cette *Première Partie*.

#### CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE DIAGNOSTIC DES FIÈVRES

□ Avant d'aborder le diagnostic des fièvres en particulier, indiquons en peu de mots ce qui caractérise la fièvre en général.

La fièvre est un état complexe, un syndrome, comprenant un grand nombre de troubles pathologiques qui trahissent la souffrance de presque tout l'ensemble des fonctions vitales; ces troubles portent, en effet, sur la calorification, la circulation, la respiration, l'innervation, la digestion, les sécrétions, etc. S'il n'est pas permis, dans l'état actuel de

nos connaissances, de définir la fièvre dans ses causes premières et dans son essence, du moins a-t-on appris à la mieux connaître dans ses principales manifestations.

En tête de ces manifestations, il faut placer l'élévation notable et plus ou moins durable de la température. Les signes fournis par l'exploration thermométrique de la température du corps humain dans les différentes maladies ont une telle importance, qu'un chapitre spécial sera consacré plus loin à cette étude. Qu'il nous suffise de rappeler ici que cette élévation de température est le symptôme essentiel, fondamental de l'acte fébrile; elle résulte, non pas d'une inégale répartition de la chaleur centrale, devenue plus appréciable à la périphérie; elle ne traduit pas non plus, comme le pensait Traube, une simple rétention de la chaleur produite par l'économie et dont le dégagement serait plus ou moins entravé; elle tient à une production excessive de calorique, liée à des oxydations ou, pour ne pas spécifier, à des dédoublements et des mutations chimiques qui s'accomplissent dans l'économie d'une façon exagérée et turbulente. De là l'amaigrissement rapide et profond, la perte des forces; de là aussi l'augmentation des déperditions organiques, se manifestant par un excès d'acide carbonique exhalé par les poumons, par l'accroissement de la proportion d'urée, d'acide urique, de leucine, de tyrosine, de matières extractives, de sels dans les urines : tous points sur lesquels nous aurons à revenir.

L'accélération du pouls est une autre manifestation importante de la fièvre, mais qui cependant ne comporte pas la valeur que l'on doit attribuer à l'hyperthermie : moins exactement que la température, le chiffre du pouls donne la mesure de l'intensité du mouvement fébrile; dans certaines toxémies, dans l'ictère, dans plusieurs maladies de l'appareil nerveux (méningite de la base, lésions bulbaires) un état fébrile plus ou moins violent peut coexister avec un pouls normal ou même ralenti.

L'accélération de la respiration, autre phénomène habituel de la fièvre, comporte une signification sémiologique encore plus restreinte que celle de l'accélération du pouls.

Enfin, les troubles nerveux (délire, convulsions, agitation, somnolence, etc.), qui accompagnent habituellement les états fébriles, graves et prolongés, les troubles sécrétoires, plus ou moins accusés, tout cet ensemble indique bien qu'il

s'agit d'un processus généralisé, d'une affection *totius substantiæ*.

Dans ces derniers temps, un certain nombre de médecins ont cru pouvoir rattacher l'ensemble des phénomènes fébriles à l'élévation morbide de la température, en comparant les symptômes et les lésions que l'on constate dans la fièvre à ce qui s'observe chez les animaux soumis expérimentalement à l'influence de hautes températures; mais ces vues ingénieuses ne doivent être acceptées qu'avec de grandes restrictions.

En résumé, le diagnostic de la *fièvre* repose d'abord et avant tout sur les modifications subies par la température; viennent ensuite, par ordre décroissant de constance et avec plus ou moins de variabilité dans leur expression, l'accélération du pouls, de la respiration, la composition des urines, les troubles nerveux, digestifs, sécrétoires, l'amaigrissement, etc. ]]

Lorsque le médecin constate, chez un malade, le phénomène si frappant de la fièvre, il songe tout de suite à en trouver l'origine et le point de départ. Au milieu des préoccupations anatomiques qui constituent le caractère de notre époque, on recherche de préférence la cause de la fébrilité dans une lésion d'organe, et le diagnostic semble assuré dès qu'on a pu rapporter la fièvre à une bronchite, à une entérite, à une pneumonie, etc., en un mot, à une localisation matérielle appréciable dans l'un quelconque des organes ou des systèmes d'organes de l'économie.

Assurément il n'y aurait rien que d'utile à agir de la sorte, si toute fièvre se trouvait sous la dépendance directe et nécessaire de troubles matériels de cette nature, mais il n'en est pas ainsi. La fièvre peut coexister avec des lésions bien réelles et manifestes, mais sans en être le produit; elle les accompagne à titre de phénomène parallèle, non à titre d'effet; fièvre et lésions sont sœurs jumelles, nées d'une mère commune, d'une cause générale qui a frappé l'organisme. D'autres fois la fièvre s'accompagne de lésions tellement médiocres et insignifiantes qu'il est manifeste qu'elle ne saurait dépendre d'une semblable cause; quelquefois les lésions sont consécutives et, par conséquent, étrangères à toute imputation de causalité. Enfin, comme dans les névroses, la fièvre peut être consécutive à des troubles purement fonctionnels.

Nous ne voulons pas ici tirer de ces remarques la moindre

conséquence doctrinale; nous concluons simplement à l'essentialité de certaines fièvres, et à la conservation dans le cadre nosologique de cette immense division connue depuis l'antiquité sous le nom de *pyrétologie*.

[[ Il est cependant nécessaire de rappeler ici que l'ancienne et classique division des fièvres en *essentielles* et *symptomatiques* tend tous les jours à disparaître, grâce aux recherches nouvelles sur la nature et le mode de production du mouvement fébrile. On sait aujourd'hui, à n'en pas douter, que les phlegmasies et les traumatismes allument la fièvre par suite de l'introduction dans le sang de substances douées d'une propriété spéciale, pyrogène. Que ces substances soient solides ou liquides, vivantes ou non, qu'elles agissent à la façon d'un poison chimique ou d'un ferment, c'est là une question qui est encore en litige; mais ce qui reste définitivement acquis, c'est que la fièvre qui accompagne les phlegmasies, tant chirurgicales ou traumatiques que médicales ou internes, est le résultat direct d'un véritable empoisonnement du sang (Billroth, O. Weber, Verneuil). Seulement, dans ces cas, la source du poison pyrogène, l'origine du mal est facile à reconnaître, et c'est pour cette raison que l'on dit que la fièvre est *symptomatique* de l'inflammation de tel ou tel organe, de tel ou tel tissu. Pour les fièvres dites *essentielles*, cette porte d'entrée, cette provenance de l'agent pyrogène ne peut la plupart du temps (sauf dans les cas d'inoculation) être déterminée; mais la lésion hématologique, cause première du processus fébrile, n'en existe pas moins, comme le démontre la présence dans le sang, dans la plupart des pyrexies, de vibrions, de spores et de bactéries (Davaine, Hallier, Coze et Feltz, etc.).

Dans cette seconde catégorie de faits, non plus que dans la première, la fièvre n'est donc pas essentielle; dans l'un et l'autre cas, elle est le résultat direct d'une adulation du liquide sanguin. Cette distinction dichotomique doit donc disparaître devant l'interprétation rigoureuse des faits, pour donner place à une conception à la fois plus large et plus vraie du syndrome fièvre, qui est univoque dans sa cause comme dans ses manifestations essentielles. Mais ces réserves faites au nom de la pathologie générale, nous continuerons néanmoins à maintenir l'ancienne division, dont l'utilité est incontestable au point de vue auquel nous

devons uniquement nous placer, au point de vue du diagnostic.]]

Or, s'il en est ainsi, s'il y a des fièvres indépendantes, s'il y a des pyrexies où la fièvre ne se subordonne et n'obéit à aucune lésion, s'il y a, en un mot, des *entités fébriles*, il importe de les diagnostiquer *en tant que fièvres*, et non comme manifestations d'une lésion souvent insuffisante et souvent aussi contestable.

Nous allons donc tenter de montrer comment on diagnostique une fièvre, c'est-à-dire indiquer la série des opérations par lesquelles l'esprit doit nécessairement passer avant d'arriver à la notion de fièvre essentielle, en présence d'un malade. Le problème est plus complexe qu'en présence d'une maladie locale, parce qu'il faut apprécier les symptômes locaux et généraux, et leur attribuer exactement leur importance relative; parce qu'il faut tenir compte de la marche de la maladie; enfin, parce que souvent il y a absence de toute espèce d'indice symptomatique local ou général suffisamment significatif, et que même le phénomène fondamental, la fièvre peut manquer.

Il faut, pour arriver au diagnostic d'une fièvre essentielle : 1° opérer un travail *d'élimination* à l'égard des maladies locales; 2° rechercher si les symptômes observés *s'adaptent au type* le plus ordinaire de la pyrexie que l'on peut soupçonner; 3° dégager les symptômes fondamentaux des accidents accessoires; 4° observer si la marche et l'évolution successives des phénomènes justifient le jugement provisoire qu'on a porté sur la nature de la maladie.

1° **Élimination des maladies locales.** — Au lit du malade, en présence de l'état fébrile, la première pensée du médecin doit être de rechercher s'il n'existe pas une lésion locale, inflammatoire, congestive ou autre, capable par sa violence ou par son siège d'avoir causé cette fièvre et de l'entretenir encore. La science moderne a la gloire d'avoir poussé les recherches à cet égard jusqu'à leur dernière limite, et d'avoir réduit le nombre des fièvres essentielles dont la pathologie était encombrée. Du temps même de Pinel, la classe des fièvres adynamiques contenait une immense collection d'espèces qui, aujourd'hui, ne peuvent plus être considérées que comme des maladies locales.

La détermination des maladies de ce dernier ordre est, en général, assez facile, mais elle comprend diverses sortes de faits qu'il faut séparer.

Si la maladie locale a des éléments manifestes et facilement appréciables, rien n'est plus aisé que de la reconnaître et d'écarter en conséquence, l'idée de fièvre essentielle. Ainsi, par exemple, le malade accuse un point de côté et de la toux, la percussion révèle de la matité, et l'auscultation du râle crépitant et du souffle, il n'y a pas à s'y tromper, c'est d'une pneumonie qu'il s'agit. Ici en général, toute hésitation disparaît, et la pensée d'une fièvre ne se présente même pas; la lésion est suffisante par sa nature, par l'importance de l'organe affecté pour expliquer la fébrilité, quelque intense qu'elle puisse être. Mêmes conclusions s'il s'agit de toute autre lésion évidente et frappant ou un organe important ou une grande surface: une métrite, une angine, une fracture, un érythème par insolation, expliquent d'une manière satisfaisante le mouvement fébrile qui les accompagne. On peut, on doit même s'en tenir à cette appréciation. Aller au delà et poursuivre la pensée d'une maladie plus générale, serait faire preuve d'un mauvais esprit curieux de la bizarrerie et de l'état anormal plutôt que de la vérité commune.

Mais il y a des cas plus difficiles. Souvent, après les premières recherches, on ne trouve pas l'explication de la fièvre en ce sens qu'il n'y a pas d'affection organique manifeste. Il ne faut pas sur-le-champ perdre espoir et se rattacher à une fièvre essentielle. Il importe de rechercher s'il n'existe pas une de ces lésions profondes, obscures, difficiles à apprécier parce que leurs symptômes sont peu accentués, ou parce qu'elles sont rares et moins habituellement présentes à la pensée du médecin. Dans les cas de ce genre on n'est presque jamais dépourvu de tout indice; ce sera, par exemple, une névralgie rebelle et sujette à récidive, une douleur sourde, permanente, inamovible, un trouble viscéral quelconque, ou bien encore il y aura eu antérieurement un dépérissement de la santé, faiblesse et amaigrissement progressif. Dans ces cas, la fièvre n'est souvent qu'un symptôme nouveau, aigu, témoignant de l'activité que vient de prendre tout à coup le travail morbide. Que de fois on voit la fièvre servir d'avertissement et de signal d'une lésion organique non soupçonnée, et qui encore, après cette admonition, reste diffi-

cile à spécifier. Souvent on prend pour fièvre typhoïde la manifestation fébrile de la tuberculisation aiguë des poumons ou des méninges; pour fièvre intermittente une phthisie encore peu développée [ou même des accidents se rattachant à la lithiase biliaire (Monneret, Frerichs, Charcot).] Nous avons vu soupçonner de fièvre typhoïde un malade qui joignait à une fièvre intense une forte douleur dans la fosse iliaque droite; au bout de quelques jours, il fut facile de reconnaître un abcès par congestion dépendant d'un *mal de Pott*.

Parmi les lésions profondes qui peuvent faire prendre le change, signalons principalement les suppurations profondes des maladies osseuses et la tuberculisation.

A cet ordre de faits appartiennent les prétendues *maladies latentes* dont la nosographie de Pinel est encore malheureusement encombrée, sous le nom de fièvres adynamiques. Pour qui sait explorer, à l'aide des nouveaux procédés de recherches, le nombre des cas de ce genre diminue tous les jours.

Nous supposons maintenant que l'on a parcouru toute la série des hypothèses possibles et permises à l'égard des maladies locales, et que l'on n'en a point trouvé de traces. Est-il permis alors d'expliquer la fièvre, les troubles généraux de l'économie par une nouvelle hypothèse, celle d'une pyrexie proprement dite. A notre avis, ce moment n'est pas encore arrivé. Une lésion inappréciable aujourd'hui peut se révéler demain: une pneumonie centrale ne se manifeste, par des phénomènes stéthoscopiques, que quand elle a gagné la surface du poumon; la pleurésie diaphragmatique ou interlobaire reste longtemps inaperçue. Dans ces cas, ce qui engage surtout à réserver le diagnostic à l'égard d'une pyrexie, c'est qu'il y a des phénomènes locaux très-accentués quoique non significatifs; le malade se plaint de douleur et d'oppression, circonstances qui attachent invariablement l'esprit à une localisation qui ne rentre pas dans le type habituel des fièvres.

Dans cette recherche un écueil se présente, non pas au point de vue du fait en lui-même, mais au point de vue de l'appréciation. On a rencontré une lésion; cette lésion est-elle la cause de la fièvre? A cet égard il faut se rappeler les relations si diverses des lésions locales et de la fièvre symptomatique, et le peu d'accord apparent qui existe

souvent entre elles. Un malade a une fièvre violente et une otite externe, cette dernière a-t-elle provoqué la première? Cela est probable. Malgré le peu d'étendue de l'inflammation, on doit avoir égard à son intensité, à la violence de la douleur, à l'espèce d'étranglement qui résulte de la rigidité des tissus affectés, et il n'y aura aucune improbabilité à croire que la gravité de la réaction fébrile résulte de ces causes réunies. Si aucun autre symptôme ne vient attirer l'attention sur un organe éloigné, on devra s'en tenir à cette explication suffisamment justifiée. Au bout de peu de temps, la cessation de la fièvre et la production d'un écoulement purulent confirmeront définitivement cette appréciation. Mais il n'en serait plus de même si la lésion observée était par l'exiguïté de son développement ou le peu d'importance de la partie, en désaccord avec la réaction concomitante: une angine simple ne saurait expliquer une fièvre grave; elle ne doit pas être considérée comme la localisation vraie et comme cause suffisante de la fièvre; c'est simplement un élément, un des matériaux de la maladie, non la maladie elle-même. En conséquence l'esprit doit passer outre et chercher mieux ailleurs. Quelquefois on est obligé de porter le même jugement à l'égard d'une localisation plus étendue et plus importante, et cela parce que cette localisation n'a pas coutume de développer une réaction semblable à celle que l'on observe. Ainsi une fièvre intense ne saurait trouver son explication dans un embarras gastrique, parce qu'il n'est pas dans l'essence de ce trouble fonctionnel d'éveiller une forte fébricitation; on doit alors penser à une *synoque*, à une *fièvre typhoïde* ou à la *fièvre gastrique* (Monneret). Il est évident encore qu'une bronchite, une diarrhée, une indigestion, une suppression menstruelle ne sauraient être considérées comme jouant un rôle important à l'égard d'un état fébrile intense, parce que habituellement ces accidents n'ont point coutume de troubler l'économie à un pareil degré. Et néanmoins il sera important de prendre en considération l'idiosyncrasie du malade. Quelques sujets, en effet, supportent mal la moindre lésion, fébricitent et délirent pour une cause légère. Il faut savoir tenir compte de ces dispositions individuelles.

Puis enfin, il ne faut pas s'en laisser imposer par des circonstances étrangères à la maladie, qui viennent se jeter

à la traverse, faire nombre avec les éléments de celle-ci et compliquer le problème. C'est surtout chez les enfants et chez les femmes que se présentent des difficultés de ce genre. Chez l'enfant, les accidents prémonitoires d'une fièvre éruptive peuvent être attribués à la dentition, et l'on sera surpris par une éruption inattendue. Une femme atteinte de fièvre peut attirer exclusivement l'attention sur une céphalalgie, une névralgie ou une gastralgie horriblement douloureuse ; or la fièvre ne dépend d'aucun de ces éléments, sa cause est plus générale. Ces accidents qui ont fait prendre le change à l'observateur sont des accidents habituels qui, sous l'influence de l'invasion d'une pyrexie, ont tout à coup pris un développement exagéré et inaccoutumé. Nous aurons l'occasion de revenir sur ces faits.

On voit, par ce qui précède, combien il importe d'apprécier à sa juste valeur une localisation morbide, en présence d'un état fébrile.

A la suite de l'examen minutieux dont nous venons de donner un aperçu, voici la situation d'esprit dans laquelle nous nous trouvons. Nous sommes en présence d'un malade affecté de fièvre, de troubles généraux de l'organisme d'une part, de quelques accidents locaux d'autre part. Nous n'avons voulu attribuer à ces derniers aucune influence dans la production de l'état morbide général, parce qu'ils ne sont ni assez importants ni assez étendus, ou parce qu'il ne leur appartient pas habituellement de produire de tels effets. Arrivé à ce point dans nos recherches, nous sommes dans la meilleure position possible pour remonter à une cause plus élevée et plus générale ; bien plus, nous sommes autorisés à céder à cette pensée, et obligés par la force même des choses à donner suite à cette hypothèse. Dans le paragraphe suivant, nous allons voir comment elle se justifie, et dans quel sens elle doit être posée et poursuivie.

**2<sup>e</sup> Hypothèse d'une fièvre. — Le malade en présente-t-il les symptômes typiques?** — Nous ne nous sommes pas arrêtés à l'idée d'une maladie locale, parce qu'aucune des localisations ne nous a satisfaits pour expliquer les phénomènes généraux. C'est alors que notre pensée a été saisie de l'idée d'une pyrexie. Ce qui autorise cette supposition, c'est non-seulement l'insuffisance des manifestations, mais c'est

encore leur multiplicité et leur dissémination. Car, si chacune d'elles est, de soi, insignifiante et incomplète, d'un faible développement, elles valent par leur ensemble, et il ne faut pas dédaigner de les additionner. Or, en marchant dans cette voie, on est de plus en plus frappé de leur importance : ce que chacune d'elles perd en signification partielle, elle le gagne en signification générale.

Parvenu à ce point, nous devons fixer notre attention sur les phénomènes les plus saillants, sur ceux qui habituellement sont de la plus grande valeur diagnostique ; c'est désigner les symptômes propres à telle ou telle maladie, à l'exclusion des phénomènes communs. Ainsi nous accorderons peu d'importance à la céphalalgie, phénomène banal, mais nous en attribuerons une bien plus grande à la rachialgie, à l'angine, au coryza et au larmolement, parce que ce sont des accidents plus étroitement liés à telle ou telle fièvre bien spécifiée. Cependant, au lieu de consulter un symptôme en lui-même, nous aurons quelquefois à en apprécier la marche : le retour périodique de la fébricitation, par exemple, vaudra un symptôme pathognomonique.

Dès lors notre pensée se portera sur l'espèce particulière de fièvre à laquelle se rapporte habituellement le groupe de symptômes observés, et nous chercherons si le cas que nous avons sous les yeux peut être assimilé au *type* de cette fièvre. Mais ici quelques mots d'explication sont nécessaires pour faire comprendre ce que nous entendons par cette expression.

Une même maladie a plusieurs types : ces types diffèrent entre eux par des points importants et quelquefois par presque tout leur ensemble ; cependant ils répondent à une donnée générale et commune. S'agit-il d'une fièvre typhoïde ? ce nom emporte avec lui l'idée d'une maladie de longue durée, à marche fatale, épuisant les forces de l'économie, laissant une convalescence prolongée, suivie d'un changement quelquefois radical dans l'organisme, et liée d'ailleurs à des lésions anatomiques de l'intestin grêle et des ganglions mésentériques correspondants. Au-dessous de cette idée typique générale se rangent des *types secondaires*, que nous n'avons qu'à rappeler sous les noms de *formes inflammatoire, ataxique, adynamique, bilieuse, muqueuse, latente*, etc.

Or on doit se demander si le malade actuellement en observation répond d'abord au type général, puis à l'un des types subordonnés. Ici nous avons à procéder à une véritable *superposition* du cas particulier au tableau ou au modèle que nous avons dans l'esprit ; et, si la concordance est exacte, il n'y a aucun motif sérieux pour ne pas poser tout de suite le diagnostic.

Cependant, pour que l'opération soit légitime, il faut que la plupart des éléments, sinon tous, ne laissent aucune obscurité, aucun doute. C'est ici qu'il ne faut rien atténuer, rien exagérer ; il ne faut pas vouloir que tel symptôme existe alors qu'il est seulement rudimentaire. Si le malade n'accuse pas un phénomène auquel vous pensez et qui est nécessaire à votre diagnostic, n'essayez pas de lui persuader qu'il l'éprouve. Voyez les phénomènes tels qu'ils sont, non tels que vous désirez qu'ils soient.

Et, par opposition, ne repoussez pas un symptôme, et spécialement ceux qui ne concordent pas avec l'hypothèse que vous venez de former. Si le malade accuse des phénomènes, que la maladie dont vous vous préoccupez ne comporte pas, gardez-vous de les négliger, de les amoindrir, de les oublier. Ces phénomènes n'existent pas pour rien ; ils signalent quelque chose à quoi vous n'avez pas pensé ; ils accusent l'insuffisance de votre diagnostic ; ils protestent contre l'étroitesse de votre manière de voir.

Nous n'insisterons pas sur l'importance de cette confrontation entre le cas soumis à l'observation et le type connu de la maladie à laquelle vous le comparez.

**3° Dégager la maladie principale des phénomènes accessoires.** — Ce n'est pas sans difficultés que le jeune praticien parvient à isoler le groupe des phénomènes caractéristiques d'une maladie, de la masse souvent énorme de symptômes accusés par le malade. Si l'observateur consentait à prendre en considération tout ce qui lui est énoncé, il pourrait ou renoncer à diagnostiquer quoi que ce soit, ou, avec un peu de bonne volonté, construire trois ou quatre maladies avec la totalité des symptômes qu'on lui présente. Il doit faire un choix raisonné.

Tout d'abord, il rejettera les symptômes d'une banalité évidente, tels que la céphalalgie, la lassitude, la courbature, la soif, l'anorexie, l'insomnie, etc., à moins que l'un

d'eux ne présente quelque condition inaccoutumée, et par conséquent digne d'intérêt. Il négligera aussi, au moins d'une manière provisoire, ceux qui se rattachent à une maladie antérieure : des traces d'éruption, quelques douleurs vagues, un reste de pâleur ou de faiblesse dénotent une affection accomplie. Ces vestiges du passé ne doivent point compter au nombre des signes d'une maladie actuelle. N'appartiennent légitimement à la maladie présente que les accidents simultanés ou successifs, aigus, forts ou faibles qui ont constitué le début ou les prodromes, ou qui sont survenus depuis cette date. Nous ne voulons pas que l'on néglige les accidents prémonitoires des maladies, tels que la faiblesse et la langueur qui précèdent souvent la fièvre typhoïde, mais nous les considérons comme des phénomènes d'*imminence morbide*, et nullement comme des accidents *propres* à la maladie.

**4° La marche ultérieure de la maladie peut seule justifier le diagnostic.** — On voit tous les jours, en clinique, des symptômes habituellement fort significatifs ne pas être suivis de la maladie qu'ils semblaient annoncer ; des accidents initiaux redoutables aboutissant à une indisposition, et des phénomènes légers démasquant une maladie grave.

On ne fait donc pas toujours instantanément un diagnostic, le temps est un des éléments essentiels de cette opération.

C'est particulièrement aux fièvres que cette proposition est applicable, car, à quelques exceptions près, leur début ne se signale guère que par des phénomènes communs, tandis que les maladies locales s'affirment assez habituellement par des phénomènes très-particularisés.

Ce qui sert à caractériser une fièvre, c'est moins les symptômes en eux-mêmes, que leur réunion ou leur groupement et leur mode de succession. Ce qu'il importe de voir, en effet, c'est le tableau d'ensemble du malade, et la *physionomie* de la maladie.

[[ Nous réserverons pour un paragraphe spécial, consacré à la température dans les maladies, l'étude d'un symptôme de la plus haute importance dans le diagnostic et le pronostic des pyrexies, celle de la marche de la température fébrile. ]]

## A. FIÈVRES CONTINUES.

**Fièvre éphémère.** — Sujet habituellement bien portant, pris brusquement de courbature et de fièvre assez vive. Toute la série banale de accidents de la fébrilité : céphalalgie, quelquefois épistaxis, brisement des membres, soif, anorexie, langue blanche, indigestion ; quelquefois frisson, nuit mauvaise, peau sèche et brûlante, puis sueurs. Le lendemain, impossibilité de travailler, tournoiements de tête en marchant, vertiges, syncopes ; la fièvre persiste ; sueurs, urines brûlantes, en petite quantité, rouges, déposant un sédiment briqueté (urate acide d'ammoniaque). Constipation quelquefois suivie de diarrhée.

Quelquefois localisation légère et passagère : coryza, angine, bronchite.

En remontant aux causes, on trouve presque toujours : fatigue, travail forcé, marche prolongée, veilles, excès de table ou autres, insolation, etc ; en un mot, une cause commune de dépression ou d'excitation, ayant amené une réaction générale temporaire, mesurant par sa durée et son intensité la puissance d'action de la cause elle-même.

Début presque toujours la nuit ou le matin ; durée, vingt-quatre ou quarante-huit heures. Rarement une crise ; quelquefois *herpès labialis*.

Incertitude du diagnostic tant que la fièvre n'a pas cessé, parce que ce peut être le début d'un autre fièvre ou d'une maladie locale. Prendre en considération la cause, la rapidité du début, les autres fièvres ayant une invasion moins inopinée. Prendre surtout en considération la marche de la température. Si le retour des forces et de l'appétit n'a pas lieu rapidement, réserver encore le diagnostic, s'informer des habitudes morbides du malade, et s'il n'est pas sujet à fébriciter de la sorte dans des circonstances analogues.

En conséquence, expectation, pour ne pour troubler une autre maladie qui pourrait débiter sous le masque d'une fièvre éphémère.

Chez les enfants, la *fièvre de croissance*, sorte d'éphémère prolongée dure de trois à huit jours. Moins accentuée que la précédente, *fébricule* le plus souvent, elle se caractérise par l'absence de localisations, par des douleurs articulaires

et musculaires, des pandiculations, et un état catarrhal plus ou moins généralisé que l'on traite à tort d'entérite, de bronchite, etc.

**Synoque** (*Synochus imputris*). **Fièvre éphémère prolongée.** — Début moins rapide que dans le cas précédent, mêmes symptômes de fébrilité. Les différences consistent dans la tendance aux déterminations locales, circonstance de nature à faire croire à la maladie d'un organe (*fébriphlegmasie*) ; mais on remarque qu'elles ont particulièrement le caractère de localisations critiques. De là, un nombre considérable de variétés.

Une synoque dure un septenaire et quelquefois plus.

*Variétés de la synoque.* — *Forme inflammatoire ; fièvre angioténique* de Pinel. — Épistaxis, tendance aux hémorragies actives ; chez les femmes, métrorrhagie ; congestion de la peau, état sudoral léger ; pouls large, plein, sans dureté, rarement au-dessus de 90. Localisations franches, mais passagères ; point pleurétique ou pneumonique ; bronchite, entérite vraies ; phénomènes de dysentérie. Heureux effet des délayants, de la diète et des antiphlogistiques, dont l'emploi n'est cependant pas indispensable. Se montre dans toutes les saisons.

*Forme muqueuse ; fièvre catarrhale.* — Prédominance des phénomènes de sécrétion ; sueurs profuses, urines abondantes ; flux muqueux intestinal ou bronchique, sans inflammation correspondante ; points douloureux et douleurs rhumatoïdes déjà signalés par Stoll. Fièvre très-moderée le matin, avec redoublements le soir et la nuit (c'est une variété des *fièvres rémittentes* des anciens pyrétologistes). Utilité des amers, des toniques, des opiacés ; alimentation, etc. Les débilitants, les émoullients, nuisibles.

[[La *grippe* (influenza) est considérée par un certain nombre d'auteurs comme étant une forme grave de la fièvre catarrhale. En effet, elle présente les allures d'une bronchite ou d'une broncho-pneumonie, caractérisée par un catarrhe nasal, oculaire, laryngé, bronchique, accompagné de suffocations et quelquefois de point de côté. Mais elle se distingue des fièvres catarrhales par des symptômes spéciaux qui doivent la faire considérer comme une affection particulière et méritant une place à part dans le cadre nosologique. La fièvre catarrhale est saisonnière ; la grippe ne

l'est pas : elle règne en été comme en hiver, par le temps sec comme par les temps humides. L'allure de la fièvre n'est pas davantage celle des affections catarrhales; la grippe s'accompagne d'une céphalalgie violente, de délire, de bourdonnements d'oreille, de tendance à la syncope, d'une insomnie invincible, de douleurs rhumatoïdes, en un mot de tous les caractères d'une pyrexie rémittente à forme adynamique; maladie bénigne en général, elle est très-grave chez les vieillards dont la mortalité est triplée en temps d'épidémie de grippe. ]

*Forme bilieuse.* — Ne pas confondre avec l'embarras gastrique simple, produit par des excès alimentaires. — Fièvre avec manifestations gastro-hépatiques: enduit limoneux jaune ou vert de la langue, goût amer et pâteux de la bouche; éructations, nausées, vomissements et diarrhée bilieuse, etc. Fréquence modérée du pouls, redoublements le soir (autre variété de *fièvre rémittente*); peau sèche, terreuse; teinte bilieuse légère des ailes du nez, des conjonctives, de la face inférieure de la langue et du plancher de la bouche. Urines jaune foncé, ardentes. Émétiques et éméto-cathartiques, utile. — Epidémicité. — Printemps et automne chauds et secs.

C'est à cette variété qu'il convient de rapporter l'*embarras gastrique fébrile*, et la *fièvre gastrique bilieuse*. (Monneret.)

A côté des variétés bien tranchées, il s'en présente beaucoup d'autres auxquelles la disposition individuelle donne une modalité particulière. Les unes sont accompagnées d'éruptions fugaces ou persistantes, telles que les *taches ombrées* (voyez ce mot à l'article *Éruptions*. — *Maladies de l'abdomen*); les autres ont plus particulièrement un caractère rhumatismal, angineux, ophthalmique, névralgique, etc. Au fond, il s'agit toujours d'une *fièvre saisonnière* que l'habitude et l'épidémicité feront facilement reconnaître.

Le diagnostic de la synoque présente plusieurs difficultés: il faut la distinguer des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde et des fièvres intermittentes.

A l'égard des premières, bien qu'elles présentent au début quelques caractères assez significatifs, il n'est pas toujours possible d'en prévoir l'apparition. Il faut donc atten-

dre jusqu'au troisième ou quatrième jour pour voir s'il survient une *éruption*; passé ce temps, limite extrême de la plus tardive rougeole, on devra penser que l'on a affaire à une fièvre continue ou à une intermittente; et encore faut-il noter qu'on a vu des varioles n'apparaître que le huitième jour.

L'hypothèse d'une *fièvre intermittente* se formule en présence des accidents de *rémission* si fréquents dans les formes muqueuse et bilieuse. Elle peut se trouver confirmée si l'observateur est placé dans un climat où les fièvres périodiques sont endémiques, et où toutes les maladies empruntent à l'influence paludéenne l'élément de l'intermittence. Mais si l'on observe dans nos climats, dans les grandes villes, à Paris surtout, on devra presque toujours écarter cette supposition. D'abord, les fièvres intermittentes primitives sont dans ces localités, sinon inconnues, du moins infiniment rares. Ensuite, si une fièvre présente des apparences d'intermittence et que les accès soient *quotidiens*, croyez que ce n'est pas une intermittence vraie; les quotidiennes sont rares, surtout au début. Enfin, et ceci est le caractère le plus saillant et le moins trompeur, la périodicité, *dès le début*, éloigne l'idée de maladie palustre; les intermittentes ne se *règlent* qu'au bout de plusieurs jours, et après avoir débuté par une fièvre erratique ou continue.

Mais le diagnostic entre la synoque et la *fièvre typhoïde* est bien autrement difficile, et, à vrai dire, il ne s'établit que par la différence de durée: quand une fièvre continue se termine au huitième ou neuvième jour, pour ne plus revenir, on dit que c'est une synoque et non une fièvre typhoïde; nous ne possédons guère d'autre moyen effectif de diagnostic. Ce fait est si vrai que, lorsque les partisans du traitement abortif de la fièvre typhoïde présentent des cas de guérison en un septénaire, les adversaires répondent qu'on a eu affaire à des synoques. Cependant ce diagnostic serait possible si la connaissance des phénomènes critiques était plus répandue. La synoque marche par petites périodes de trois jours, et tend à se juger par des crises (jours judiciaires); souvent ces crises sont annoncées (jours décroïtes). Cette marche, essentiellement propre à cette maladie, la sépare profondément de la fièvre typhoïde. Dans celle-ci, en effet, point de temps



d'arrêt, de soubresauts, d'efforts critiques. Pendant les premiers jours rien n'égale la continuité, la *tension permanente* de l'état fébrile, circonstance qui a valu à cette fièvre le nom de *continue continente*, par excellence (Borsieri); Corvisart disait aussi de la *fièvre putride* que c'est une *continue* qui *continue*. Nous trouverons plus loin dans l'observation de la température un moyen beaucoup plus certain que tous les autres de reconnaître une fièvre typhoïde dès le premier septénaire.

□ L'erreur inverse, qui consiste à prendre pour une simple fièvre gastrique ou catarrhale une fièvre typhoïde abortive ou *fébricule* typhoïde, est encore plus fréquente et plus difficile à éviter. En effet, Griesinger sous le nom de *typhus levissimus*, Lebert sous celui de typhus abortif ont décrit une variété de fièvre typhoïde très-commune dans certaines épidémies, et d'une durée moyenne de 10 à 12 jours seulement. Dans cette variété, les plaques de Peyer n'arrivent pas à ulcération; de là la courte durée de la maladie, dont elle présente, du reste, le début, le mode d'invasion et de défervescence thermique, le météorisme, la diarrhée, l'éruption et quelquefois même les symptômes typhoïdes. La fièvre éphémère, au contraire, commence par un début brusque, se juge tout aussi rapidement, et se termine généralement par l'apparition d'un herpès, qui manque constamment dans la fébricule typhoïde. La convalescence est lente dans cette dernière pyrexie; elle est pour ainsi dire nulle dans la fièvre gastrique et dans l'éphémère. Enfin, ici aussi, la thermométrie fournit des caractères différentiels précieux (1). □

**Fièvre typhoïde.** — Lorsque l'on croit être aux prises avec cette grande maladie, la maladie grave par excellence, la maladie endémique et populaire, qui est aux contrées tempérées ce que sont les maladies pestilentielles pour les pays chauds, c'est de loin et de haut qu'il faut poser les premiers jalons du diagnostic. Nous ne croyons pas que l'on doive se préoccuper d'abord des questions de détail.

La pensée d'une fièvre typhoïde doit naître surtout dans les climats tempérés, dans la région moyenne de l'Europe;

(1) Voy. A. Laveran, *De la fièvre typhoïde abortive, ou fébricule typhoïde*. (Archives gén. de médecine. Paris, 1870.)

sous les latitudes chaudes de cette partie du monde, sans être absolument rare, elle semble céder la place aux fièvres palustres, pernicieuses, aux fièvres bilieuses graves. Le typhus abdominal de l'Allemagne, de la Russie, ne doit pas être séparé de la fièvre typhoïde de nos contrées. Quant au typhus proprement dit, son mode d'origine, son caractère franchement épidémique, ses symptômes enfin lui donnent une place à part dans la nosographie.

D'un autre côté, on doit considérer que la fièvre typhoïde se présente dans deux conditions différentes de genèse, à l'état endémique et sous forme endémique. Endémique, c'est ainsi qu'elle se voit, en permanence, dans toutes les grandes villes, dans toutes les localités à population nombreuse et agglomérée. Épidémique, elle sévit par intervalles, dans les villes où elle règne habituellement; on voit alors s'élever rapidement le chiffre de la mortalité, et la plupart des autres maladies disparaître, ou, du moins, se perdre et se noyer dans le flot montant de la maladie prédominante. C'est presque exclusivement alors que cette fièvre s'étend sur les campagnes où elle n'avait pas apparu depuis longtemps, qu'elle les explore et les décime. Cette donnée est d'une haute importance, car, s'il est toujours permis de songer à une fièvre typhoïde dans les villes, il n'en est pas de même dans les campagnes. Ici, en effet, en présence d'un cas de fébrilité continue, on ne doit arrêter sa pensée sur la dothiëntérie que si la maladie est signalée comme épidémique dans la localité; à moins, bien entendu, que l'on n'assiste précisément à la première apparition du fléau.

Prévenons tout de suite une objection, ce qui nous fournira l'occasion de signaler un nouvel élément de diagnostic. Si l'on doit attendre l'établissement bien incontestable de l'épidémie pour se permettre de juger un fait isolé, on est exposé à méconnaître les premiers cas, ceux de la période d'invasion de cette épidémie, et à laisser le mal s'étendre et faire des ravages avant d'avoir osé lui donner un nom. En fait, c'est ce qui arrive, au moins pour les maladies rares et de nature pestilentielle. Mais, pour ce qui est de la fièvre typhoïde, une telle inattention n'est pas possible.

On n'a pas oublié, en effet, que la fièvre typhoïde sévit sous forme d'*épidémies saisonnières* ou *annuelles*. Il est des