

seconde semaine, ou au milieu de la troisième, ou à la fin de la troisième, ou au milieu de la quatrième, ou à la fin de la quatrième; la troisième va jusqu'à la fin de la troisième semaine, au milieu ou à la fin de la quatrième, au milieu ou à la fin de la cinquième, au milieu ou à la fin de la sixième.

Thomas, qui distingue deux moitiés dans la période d'état et qui a soigneusement étudié la durée de chacune d'elles, est arrivé aux résultats suivants, par l'analyse de trente-six cas. La première moitié (phase maximum) de cette période a duré dans 12 cas jusqu'à la fin de la première semaine, dans 18 cas jusqu'au milieu de la deuxième, dans 6 jusqu'à la fin de la deuxième. La seconde moitié (phase minimum) s'est prolongée dans 15 cas jusqu'à la fin de la seconde semaine, dans 13 jusqu'au milieu de la troisième, dans 5 jusqu'à la fin de la troisième, dans 3 jusqu'au milieu de la quatrième.

Il résulte de ces chiffres, qu'avec les trois minima, une fièvre typhoïde a une durée totale de vingt jours, tandis qu'avec les trois maxima, elle peut atteindre quarante-deux et même quarante-neuf jours. Remarquez aussi que les grandes modifications thermométriques qui marquent le passage d'une période à l'autre correspondent au milieu ou à la fin d'une semaine, le temps étant compté du premier jour de la maladie : cette coïncidence singulière est une règle qui est bien rarement en défaut.

La décomposition du cycle fébrile en ses périodes thermométriques ne répond en aucune façon à la division classique de la fièvre typhoïde en septénaires; cela suffirait pour montrer que cette division est purement artificielle et arbitraire; en effet, elle n'est fondée ni sur les caractères cliniques ni sur les lésions anatomiques, elle ne fournit aucune notion précise pour le diagnostic et le pronostic; et il est fort heureux qu'une méthode d'observation rigoureuse ait fait enfin justice de cette supputation qui, malgré sa précision apparente, est vague et mal définie. Laissez donc de côté la division par septénaires, elle ne correspond pas aux phases réelles de la maladie; si vous voulez une division basée sur les phénomènes cliniques, il n'y en a qu'une d'acceptable, parce qu'il n'y en a qu'une de vraie; c'est celle qui est basée sur la marche du mouvement fébrile, et que nous venons d'étudier dans tous ses détails. Voulez-vous une division anatomo-pathologique, ce n'est certes pas la considération des septénaires qui vous la fournira, vu les variations considérables dans la durée de l'évolution des lésions. Hamernjk, de Prague, en a proposé une qui mérite d'être adoptée, car elle est fondée sur la marche réelle du processus morbide. Le typhus abdominal comprend deux périodes anatomiques : la première correspond à l'infiltration des plaques de Peyer et à l'élimination des produits infiltrés (ulcération); elle a une durée comprise entre un minimum de quatorze jours et un maximum de vingt-huit jours; la seconde correspond à la réparation des lésions multiples de la période précédente, sa durée oscille entre un minimum de sept jours et un maximum de vingt et un jours. A un autre point de vue, le premier de ces stades peut être dit le stade d'infection, le second étant le stade de réparation; durant cette période régressive les désordres organiques créés par le processus typhique sont réparés dans leur ensemble, comme la lésion intestinale, en particulier, est elle-même cicatrisée. Cette division

tères cliniques ni sur les lésions anatomiques, elle ne fournit aucune notion précise pour le diagnostic et le pronostic; et il est fort heureux qu'une méthode d'observation rigoureuse ait fait enfin justice de cette supputation qui, malgré sa précision apparente, est vague et mal définie. Laissez donc de côté la division par septénaires, elle ne correspond pas aux phases réelles de la maladie; si vous voulez une division basée sur les phénomènes cliniques, il n'y en a qu'une d'acceptable, parce qu'il n'y en a qu'une de vraie; c'est celle qui est basée sur la marche du mouvement fébrile, et que nous venons d'étudier dans tous ses détails. Voulez-vous une division anatomo-pathologique, ce n'est certes pas la considération des septénaires qui vous la fournira, vu les variations considérables dans la durée de l'évolution des lésions. Hamernjk, de Prague, en a proposé une qui mérite d'être adoptée, car elle est fondée sur la marche réelle du processus morbide. Le typhus abdominal comprend deux périodes anatomiques : la première correspond à l'infiltration des plaques de Peyer et à l'élimination des produits infiltrés (ulcération); elle a une durée comprise entre un minimum de quatorze jours et un maximum de vingt-huit jours; la seconde correspond à la réparation des lésions multiples de la période précédente, sa durée oscille entre un minimum de sept jours et un maximum de vingt et un jours. A un autre point de vue, le premier de ces stades peut être dit le stade d'infection, le second étant le stade de réparation; durant cette période régressive les désordres organiques créés par le processus typhique sont réparés dans leur ensemble, comme la lésion intestinale, en particulier, est elle-même cicatrisée. Cette division

fondamentale d'Hamernjk et de l'école de Prague, qui oppose si heureusement la période d'infection générale, d'infiltration et d'ulcération des plaques à la période de réparation, est la seule admissible, si l'on a quelque souci de conformer les termes à la réalité des choses; les rapports de cette division avec le cycle fébrile thermométrique sont des plus simples, vous les pressentez sans doute. Le stade d'infection comprend la période ascensionnelle et la période stationnaire; le stade de réparation correspond exactement au stade de déclin. Il y a donc une corrélation exacte entre ces deux modes de division, et cette corrélation, je vous propose de l'exprimer ainsi :

## CYCLE FÉBRILE

1. Période des oscillations ascendantes.
2. Période des oscillations uniformes.
3. Période des oscillations descendantes.

## CYCLE ANATOMIQUE

1. Période du processus typhique ou période d'infection; infiltration des plaques de Payer; élimination des produits infiltrés.
2. Période de réparation.

Ces rapprochements entre les divisions basées sur les phénomènes cliniques, sur l'anatomie pathologique et sur la pathogénie, ne sont pas seulement remarquables par leur parfaite concordance; ils ont en outre l'avantage de mettre clairement en lumière l'évolution générale de la maladie, et de graver dans l'esprit les rapports des phases anatomiques avec les phénomènes cliniques rigoureusement appréciés. La conformité n'est pas moins satisfaisante au point de vue chronologique : les deux premières périodes du cycle fébrile dans leur ensemble sont comprises entre quatorze et vingt-huit jours, c'est aussi le minimum et le maximum de la première phase du cycle

anatomique; la deuxième période du cycle fébrile oscille entre sept et vingt et un jours, c'est aussi la limite d'étendue de la phase de réparation. Nouvelle preuve de la supériorité de cette méthode dont je vous ai montré plusieurs fois déjà les avantages, et qui est basée sur l'étude comparative du processus pathogénique, des lésions et des symptômes.

Je reviens au cycle thermométrique du typhus abdominal, j'ai encore à vous signaler quelques particularités intéressantes.

L'évolution que je vous ai décrite, les caractères que je vous ai exposés, sont ceux de la maladie abandonnée à elle-même et parcourant régulièrement ses périodes pour aboutir à la guérison. Diverses circonstances peuvent modifier ce cycle normal. Déjà je vous ai fait connaître le stade amphibole, qui est propre aux cas graves et qui est intermédiaire à la période d'état et à celle de déclin; notre tracé 45 vous en a présenté un exemple remarquable. Je vous ai indiqué également l'élévation continue de la température dans les cas mortels au moment de l'agonie, et le même tracé vous a démontré ce phénomène; le maximum observé jusqu'ici à l'instant de la mort est de 42°, 9. Indépendamment de ces influences, qui modifient notablement le cycle thermique, soit dans la ligne des oscillations uniformes, soit dans la ligne des oscillations descendantes, il en est d'autres qui peuvent en altérer les caractères normaux, à un moment quelconque de la maladie; tout symptôme qui s'exagère, tout phénomène qui est étranger à la symptomatologie ordinaire de la pyrexie, produit dans la courbe thermométrique des déviations frappantes. Une diarrhée exception-

nellement abondante au début de la période d'état, des vomissements survenant à une époque où on ne les observe pas d'ordinaire, dépriment fortement la ligne thermique et en interrompent la régularité; une complication phlegmasique produit un effet inverse. Et chose remarquable; ces modifications toujours brusques sont temporaires, elles n'altèrent que pendant un jour ou deux les caractères typiques du tracé : il semble que l'élément accidentel ne fasse sentir son influence qu'au moment de son apparition, et qu'au bout d'un temps très-court les actes fébriles de la maladie fondamentale reprennent toute leur puissance. Aussi toutes les fois que dans une courbe vous voyez une modification subite, bien marquée, mais temporaire, vous pouvez être certains que ce changement est étranger à la maladie elle-même, et qu'il est l'expression d'un épiphénomène contingent. Voyez notre tracé 16. Le déclin, parfaitement régulier jusqu'alors, est subitement interrompu au vingt-cinquième jour par une pleuropneumonie; la phlegmasie manifeste son influence le vingt-sixième et le vingt-septième jour, mais déjà à dater du vingt-huitième les oscillations descendantes caractéristiques reprennent leurs caractères normaux : vous avez au trentième jour une oscillation colossale de 4 degrés, bien que la complication n'ait été résolue qu'au bout de sept jours, c'est-à-dire du trente et unième au trente-deuxième jour de la maladie.

De tous les épiphénomènes de la fièvre typhoïde il n'en est pas qui modifie aussi profondément la température que l'hémorrhagie intestinale; on observe alors un abaissement considérable de la ligne thermique. Si l'hémorrhagie n'est pas mortelle, cette chute n'est que mo-

mentanée; vingt-quatre ou quarante-huit heures après, la chaleur est déjà revenue à son niveau primitif, si même elle ne le dépasse, et le cycle fébrile reprend son cours régulier un instant interrompu. Si, au contraire, le malade succombe, la température va sans cesse diminuant, et au moment de la mort elle peut être fort au-dessous du chiffre physiologique; alors même que la chute n'est pas si grande, on n'observe pas, en pareil cas, l'élévation ultime qui caractérise l'agonie, lorsque la mort survient sans hémorrhagie. Deux de nos malades ont succombé à des hémorrhagies intestinales, et les tracés qui en proviennent vous feront apprécier nettement ces phénomènes. Le premier (fig. 18) se rapporte à une femme de vingt-deux ans (salle Sainte-Anne, 8) qui nous est arrivée au neuvième jour. Au soir du dixième, elle avait une température de 40 degrés, et le lendemain matin nous ne trouvions plus que 38°,2; quelque chose d'accidentel était certainement survenu : le sang contenu dans les selles démontrait l'existence d'une hémorrhagie intestinale. Le phénomène n'a pas persisté : aussi, le soir de ce jour, puis le lendemain le thermomètre est remonté, et au treizième jour nous étions de nouveau à 40°,2; le lendemain et le surlendemain la courbe nous présentait de notables anomalies. Toutefois, et vu la gravité du cas, je n'étais pas surpris d'observer un stade amphibole. Mais dans la nuit du quinzième au seizième jour, une nouvelle hémorrhagie a lieu, la température tombe de 40 à 38 degrés; la chute continue durant la journée, et le soir la malade meurt n'ayant plus que 36°,8.

L'autre tracé (fig. 19) provient d'un jeune homme de vingt et un ans (salle Saint-Charles, n° 4) qui a succombé

au quinzième jour d'une fièvre typhoïde de forme commune. La rémission anormale que vous voyez au dixième jour est le fait des vomissements et de la diarrhée survenus la veille; le matin du quatorzième jour, nous avons constaté une chute de 2°, 4, et quoiqu'il n'y eût pas de sang dans les matières, une hémorrhagie intestinale était dès lors fort probable. L'abaissement thermométrique continue, et au matin du quinzième jour nous n'avons plus que 35 degrés; on nous montre en même temps un vase rempli de sang; le malade était dans le collapsus, c'était déjà l'agonie. Il a vécu encore deux heures, et pendant cet intervalle le thermomètre, notez le fait, est remonté de 1°, 4: au moment de la mort, la température était de 36°, 4.

Ces deux cas, qui montrent si clairement la perturbation du mouvement fébrile sous l'influence de l'hémorrhagie, sont, en outre, de nouveaux exemples de la discordance dont je vous ai signalé la possibilité entre le pouls et la chaleur. Chacun de ces tracés vous fait voir le pouls s'accélération à mesure que la température s'abaisse: il est arrivé à 140 chez le premier malade, à 120 chez le second.

Les actions thérapeutiques peuvent aussi modifier la marche normale de la température. Donnez un vomitif, un purgatif énergique, vous aurez la même dépression que produisent les évacuations non provoquées; et, dans un cas comme dans l'autre, l'altération est temporaire. Administrez les médicaments que nous avons étudiés à propos de la pneumonie, sous le nom d'antifébriles, la digitale, le tartre stibié, le sulfate de quinine, vous aurez une chute thermométrique dont la grandeur et la durée

seront proportionnelles à la dose et à la durée de la médication. Mais, quel que soit l'abaissement thermique ainsi obtenu, le symptôme fièvre est seul modifié; la maladie suit son cours, elle n'est pas abrégée d'une heure, la situation est la même que dans la pneumonie. Il résulte des recherches de plusieurs observateurs, des médecins de Leipzig notamment, que le calomel est, lui aussi, un agent antifébrile; il amène une diminution momentanée de la chaleur, alors même qu'il n'a pas augmenté l'abondance des évacuations.

Tel est, messieurs, le cycle fébrile du typhus abdominal; telles sont les principales circonstances qui en modifient les caractères normaux. Je vous ai dit que la connaissance de ces phénomènes est d'une grande importance clinique, et dans le cours de mon exposé, je vous en ai déjà signalé quelques applications; mais cette étude serait incomplète si je ne vous présentais dans leur ensemble les indications positives que fournissent ces notions au diagnostic, au pronostic et au traitement. Laisant de côté toute donnée encore mal établie, je me bornerai aux préceptes qui peuvent être adoptés en toute sécurité comme règles de la pratique. Au point de vue du diagnostic de la fièvre typhoïde chez l'adulte, retenez ces propositions fondamentales, qui ont pour garanties les observations de Wunderlich, de Griesinger, de Thomas et les miennes. Une maladie qui, au premier ou au second jour, présente une température de 40 degrés, n'est pas une fièvre typhoïde. — Une maladie qui, après le quatrième jour, a une température inférieure à 39 degrés, n'est pas une fièvre typhoïde. — Une maladie qui, dans les sept premiers jours, présente, ne fût-ce qu'une fois, une

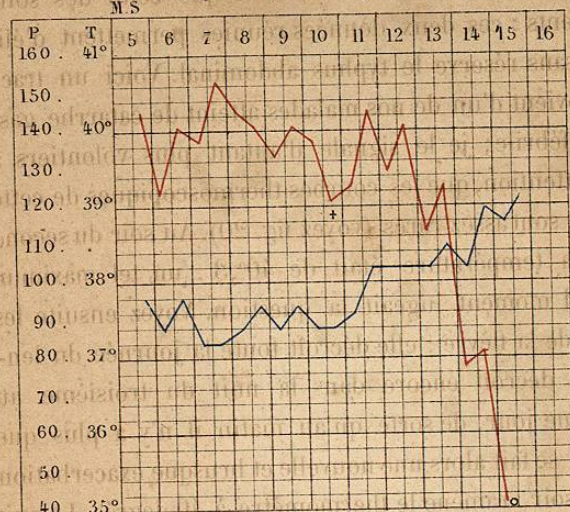
température normale, n'est pas une fièvre typhoïde. — Une maladie qui, dans la seconde moitié de la première semaine, présente une température toujours inférieure à 39 degrés, n'est pas une fièvre typhoïde.

Si, indépendamment de ces préceptes généraux basés sur le chiffre absolu de la température, vous tenez compte du mode particulier de l'ascension thermique dans la période initiale du typhus abdominal (ligne des oscillations ascendantes), vous aurez les moyens d'un diagnostic différentiel avec un certain nombre de maladies qui sont souvent, pour le clinicien, une cause d'hésitations et de réserves. Dans la pneumonie, l'ascension est très-brusque : en trente-six ou quarante-huit heures, nous l'avons vu, la température atteint son maximum ; il n'y a donc aucune analogie dans la marche des phénomènes thermométriques.

Dans la fièvre intermittente, il y a un jour, ou tout au moins une fraction de jour avec une température normale, la fièvre typhoïde est par cela même éliminée. L'erreur est beaucoup plus facile avec le catarrhe gastrique ou gastro-intestinal fébrile ; le diagnostic, dans bon nombre de cas, est forcément suspendu : demandez-le au thermomètre, il vous le donnera certainement, non pas avec une seule observation, mais avec deux ou trois au plus. Ce n'est pas, en effet, le chiffre absolu qui est caractéristique, c'est la marche de la température dans une période de vingt-quatre ou trente-six heures. Quel que soit le chiffre maximum du soir, et il peut être, dès le second jour, tellement élevé qu'il exclue d'emblée la fièvre typhoïde, la rémission est beaucoup plus considérable que dans cette pyrexie ; puis, à partir du troisième

température normale, n'est pas une fièvre typhoïde. — Une maladie qui, dans la seconde moitié de la première semaine, présente une température toujours inférieure à 39 degrés, n'est pas une fièvre typhoïde. — Si, indépendamment de ces préceptes généraux basés sur le chiffre absolu de la température, vous tenez compte du mode particulier de l'ascension thermique dans la période initiale du typhus abdominal (ligne des oscillations ascendantes), vous aurez les moyens d'un diagnostic différentiel avec un certain nombre de maladies qui sont souvent, pour le clinicien, une cause d'hésitations et de réserves. Dans la pneumonie, l'ascension est très-brusque : en trente-six ou quarante-huit heures, nous l'avons vu, la température atteint son maximum ; il n'y a donc aucune analogie dans la marche des phénomènes thermométriques. — Dans la fièvre intermittente, il y a un jour, ou tout au moins une fraction de jour avec une température normale, la fièvre typhoïde est par cela même éliminée. L'erreur est beaucoup plus facile avec le catarrhe gastrique ou gastro-intestinal fébrile ; le diagnostic, dans bon nombre de cas, est forcément suspendu : demandez-le au thermomètre, il vous le donnera certainement, non pas avec une seule observation, mais avec deux ou trois au plus. Ce n'est pas, en effet, le chiffre absolu qui est caractéristique, c'est la marche de la température dans une période de vingt-quatre ou trente-six heures. Quel que soit le chiffre maximum du soir, et il peut être, dès le second jour, tellement élevé qu'il exclue d'emblée la fièvre typhoïde, la rémission est beaucoup plus considérable que dans cette pyrexie ; puis, à partir du troisième

Fig. 19. Fièvre typhoïde — Homme, 22 ans — St Charles, 4.

Mort le 15<sup>me</sup> jour par hémorrhagie intestinale

+ Après potion stibiée. (Méthode irlandaise.)

o hémorrhagie intestinale

Mort, 2 heures après

Catarrhe gastrique fébrile — Femme de 28 ans — St Anne, 13.

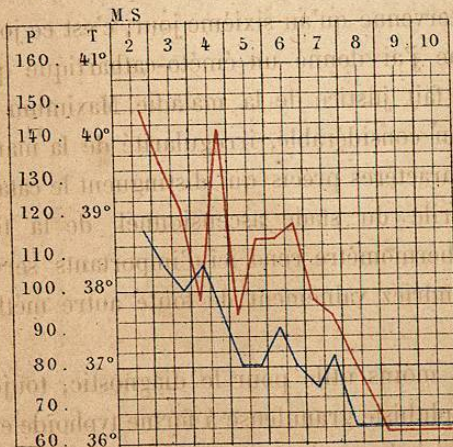


Fig. 20.

jour, il est très-rare que l'ascension continue; déjà alors le chiffre vespéral est moins haut que celui des soirs précédents: ces deux données réunies permettent d'éliminer sans réserve le typhus abdominal. Voici un tracé qui provient d'un de nos malades atteint de catarrhe gastrique fébrile; je le signale d'autant plus volontiers à votre attention, que les courbes thermoscopiques de cette maladie sont assez rares (voyez fig. 20). Au soir du second jour, la température était de 40°,3: un tel maximum à un tel moment jugeait la question. Voyez ensuite les allures de la fièvre: elle décroît toute la journée du lendemain, décroît encore dans la nuit du troisième au quatrième jour, de sorte qu'au matin il n'y a plus que 37°,8; il se fait alors une nouvelle et brusque exacerbation qui, le soir, ramène le thermomètre à 40 degrés. La nuit suivante, rémission énorme de 2°,4; au cinquième et au sixième jour, la température se maintient au-dessous de 39 degrés. Chacun de ces phénomènes, pris à part, était suffisant pour le diagnostic. Notez bien que la thérapeutique n'est intervenue qu'au sixième jour, c'est ce jour-là seulement que j'ai donné un éméto-cathartique qui a promptement fait justice de la maladie. Maximum précoce, rémission considérable, irrégularité de la marche, tels sont les caractères précis qui distinguent le catarrhe gastrique fébrile du stade ascensionnel de la fièvre typhoïde. Le thermomètre rend ici d'importants services que vous attendriez vainement de toute autre méthode d'observation.

Il n'est pas moins utile pour le diagnostic, toujours malaisé, de la phthisie granuleuse à forme typhoïde et du typhus abdominal. Le mode de l'ascension initiale de la