

la marche de la maladie, ni par les résultats thérapeutiques. Ceux qui ont fait de la fièvre bilieuse des auteurs une variété de la fièvre typhoïde ont émis une opinion vraie, mais seulement un peu trop exclusive. Il est, en effet, incontestable qu'il faut rattacher à la lésion des follicules intestinaux et des ganglions mésentériques toutes ces maladies graves décrites sous le nom de *fièvres bilieuses*, qu'on a vu régner en si grand nombre dans tous les temps, surtout dans la dernière moitié du XVIII^e siècle. C'est ce dont il est facile de se convaincre, par exemple, en lisant la relation de Tissot sur l'épidémie de Lausanne de 1755; celle de Mertens sur l'épidémie de Moscou, en 1769; celle enfin dont Finke a été l'historien, et qui régna dans le Mecklembourg de 1776 à 1780. La fièvre typhoïde cependant ne peut rendre compte de tous les états fébriles, avec prédominance de symptômes bilieux, qu'on observe fréquemment dans ce pays, ou plutôt elle ne rend compte que des cas graves; mais elle ne saurait comprendre les cas légers, c'est-à-dire tous ceux qui, à l'aide d'un traitement convenable, cèdent après deux ou trois jours, et au plus tard après dix jours. Doit-on cependant ranger ces cas au nombre des pyrexies essentielles? ne faut-il pas les considérer plutôt comme des états fébriles symptomatiques d'une souffrance de l'estomac ou des voies biliaires, dont la nature est encore indéterminée? La chose me paraît incontestable: car, d'une part, ces troubles gastriques existent fréquemment sans fièvre; celle-ci, quand elle survient, n'est qu'un épiphénomène, un acte accessoire, qui d'ailleurs est tellement sous la dépendance de l'état morbide des voies digestives, qu'il suffit de faire cesser celui-ci pour voir à l'instant le mouvement fébrile s'amender, et, le plus souvent, disparaître aussitôt. Toutes ces considérations m'ont empêché d'admettre, pour ce pays du moins, une fièvre gastrique ou bilieuse; l'état morbide qui pourrait recevoir cette dénomination sera plus convenablement placé dans les maladies spéciales de l'estomac, à l'article *Embaras gastrique*.

Après avoir prouvé qu'il existe une classe de maladies qui doivent recevoir le nom de *fièvres*, nous devons déterminer en combien de genres on peut les classer; nous en admettons cinq:

Premier genre. — La *fièvre continue* proprement dite, comprenant sept espèces différentes, qui sont: la *fièvre éphémère*, la *fièvre inflammatoire*, la *fièvre typhoïde*, le *typhus d'Europe*, la *fièvre bilieuse* des pays chauds, la *fièvre jaune* et le *typhus d'Orient* ou *peste*.

Le **deuxième genre** comprend les fièvres éruptives, *variolo* et *varioloïde*, la *varicelle*, la *rougeole*, la *scarlatine* et la *suette miliaire*.

Le **troisième genre** se compose des *fièvres intermittentes bénignes*, *pernicieuses* et *anormales*.

Dans le **quatrième genre** sont les *fièvres rémittentes* et *pseudo-continues*, qu'on pourrait, à la rigueur, considérer comme une simple variété ou un sous-genre des intermittentes. Ce sont, en effet, des pyrexies qui ont la même origine miasmatique et qui cèdent au même spécifique. De là le nom de *fièvres à quinquina*, sous lequel on les a parfois désignées et confondues entre elles.

Dans le **cinquième genre**, enfin, se trouve la *fièvre hectique*, lente ou chronique.

PREMIER GENRE DE FIÈVRES

DES FIÈVRES CONTINUES

DE LA FIÈVRE ÉPHÉMÈRE

On nomme *fièvre éphémère* un mouvement fébrile plus ou moins intense, qui se termine spontanément après une durée de vingt-quatre à trente-six heures.

Symptômes. Marche. — La fièvre éphémère n'a pas de prodromes; presque toujours elle se déclare d'une manière brusque. Son début est quelquefois marqué par un frisson léger, bientôt suivi de chaleur; la face est rouge, animée, mais son expression est naturelle; il y a de la céphalalgie, du lumbago et des douleurs confusives dans les membres; la peau est chaude, mais douce au toucher; le pouls est plus ou moins large ou fréquent; la soif est vive, la langue blanche et large; il n'y a point d'appétit; le ventre est indolore et les selles sont rares; l'urine est rouge et sécrétée en petite quantité. L'exploration des cavités splanchniques et de la surface du corps ne fait découvrir nulle part de lésion capable d'expliquer le mouvement fébrile qu'on observe. En un mot, il n'existe aucun symptôme grave. Cependant, chez les personnes irritables, chez les femmes et les enfants surtout, on peut observer un peu de délire et d'agitation pendant la période la plus aiguë de la maladie.

Nulle altération constante du sang ne peut rendre compte de ces phénomènes. Il résulte, en effet, de huit analyses faites par MM. Becquerel et Rodier, que, dans la fièvre éphémère comme dans la fièvre synoque, dont il va être question bientôt, le sang n'a subi aucun changement apparent (1).

Après avoir persisté avec plus ou moins de violence pendant six, douze ou dix-huit heures, on voit presque toujours la fièvre diminuer d'intensité, puis cesser tout à fait après une durée de vingt-quatre heures. Il n'est pas rare cependant de la voir persister au delà de ce terme, et ne se juger, par exemple, qu'au bout de deux ou trois jours: on lui donne alors le nom de *fièvre éphémère prolongée*. Lorsqu'il en est ainsi, il arrive tantôt que les accidents fébriles, parvenus en quelques heures à leur plus haut degré d'intensité, diminuent progressivement; tantôt, au contraire, ils s'accroissent jusqu'au dernier jour. Dans ce dernier cas, on observe généralement le soir, ou pendant la nuit, un redoublement dans la fièvre.

Le retour à la santé se fait souvent sans qu'on observe aucun changement notable dans les sécrétions. Cependant le plus ordinairement la diminution de la fièvre coïncide avec l'apparition d'une sueur plus ou moins considérable, et qui exhale quelquefois une odeur désagréable; d'autres fois, les malades rendent une urine briquetée, trouble, ou bien il survient deux ou trois selles de matières jaunes et très-fétides; enfin, et c'est une des crises les plus fréquentes, une éruption de vésicules d'herpès se montre sur la surface cutanée des lèvres.

En général, il n'y a pas ou à peine de convalescence; en effet, la fièvre aussitôt tombée, l'appétit renaît avec les forces. Cependant il est quelques sujets chez lesquels la diminution de l'embonpoint et des forces n'est pas en

(1) *Chimie pathologique*, 1853, p. 133.

rapport avec la maladie qu'ils viennent d'éprouver; souvent alors le rétablissement complet exige encore plusieurs jours de repos et de régime. C'est ce qu'on voit spécialement chez les jeunes pubères, lorsque la fièvre, coïncidant avec un développement rapide du corps, mérite véritablement alors le nom de *fièvre de croissance*.

Il est des individus qui éprouvent chaque année plusieurs récidives de fièvre éphémère; mais cela n'a guère lieu que chez les jeunes gens; assez généralement cette disposition diminue avec l'âge et disparaît vers la quarantième année.

Diagnostic. — Il est souvent difficile de déterminer, au moment où la fièvre commence, si elle ne sera qu'éphémère ou si le malade éprouve un accès de fièvre intermittente. Cependant, si le frisson est léger, ou s'il manque tout à fait; si la fièvre, au lieu de cesser après huit ou douze heures, comme cela a lieu le plus souvent pour les accès intermittents, se prolonge pendant dix-huit, vingt ou vingt-quatre heures; si elle s'est allumée sous l'influence d'une des causes que je vais bientôt énumérer, il est probable que la maladie ne sera qu'une fièvre éphémère.

Pronostic. — Le pronostic ne présente jamais de gravité.

Causes. — La fièvre éphémère affecte spécialement les enfants et les jeunes gens; elle survient ordinairement à la suite de vives émotions, après des fatigues corporelles; ou bien elle succède à l'impression du froid, ou, par contre, à l'action d'une température élevée, par exemple après une vive insolation, à la suite d'un bain trop chaud, ou du séjour dans une atmosphère brûlante, ou bien encore on voit la fièvre éclater après des écarts de régime, spécialement après des excès de liqueurs stimulantes. Le développement rapide du corps à la puberté est, comme nous l'avons déjà dit, une cause fréquente de fièvre éphémère. Chaque époque menstruelle réveille aussi chez quelques femmes le même accident. L'appareil fébrile qui accompagne l'établissement de la sécrétion du lait quarante-huit heures après l'accouchement peut encore être regardé à juste titre comme une forme de fièvre éphémère. Je crois qu'il est inexact d'admettre avec quelques personnes que le mouvement fébrile dont je parle est toujours symptomatique d'une lésion. En effet, les conditions dans lesquelles il se montre, et surtout sa durée courte, doivent faire exclure l'idée d'une fièvre traumatique. Cependant je crois qu'en raison des accidents qui surviennent sourdement ou à l'improviste chez les femmes récemment accouchées, on doit surveiller ce mouvement fébrile, et l'on devrait s'en préoccuper s'il avait une intensité insolite, s'il se prolongeait au delà de vingt-quatre heures, ou si son début avait été marqué par un frisson un peu intense.

La plupart des causes que je viens d'énumérer, au lieu d'exciter une pyrexie, n'ont souvent d'autre effet que de produire une courbature, c'est-à-dire une indisposition caractérisée par un état de malaise général, par des lassitudes et un dérangement dans la plupart des fonctions, sans mouvement fébrile appréciable. La courbature est quelquefois le prodrome de la fièvre éphémère.

Traitement. — Le repos au lit, l'abstinence de tout aliment, l'usage de boissons délayantes ou tempérantes, sont les seuls moyens qu'il suffit d'employer. S'il arrive que, pendant la convalescence, les malades restent faibles, si l'appétit ne revient pas, si les aliments déterminent de la pesanteur, si la langue est sale et le ventre paresseux, il conviendra de donner un laxatif ou un éméto-cathartique, et les jours suivants quelques tasses d'une infusion amère, comme chicorée sauvage ou petite centaurée, pour voir disparaître promptement ces accidents.

DE LA FIÈVRE INFLAMMATOIRE, OU SYNOQUE

SYNONYMIE. — Synoque simple, *synochus imputris*, fièvre ardente (Quarin); — continente inflammatoire (Selle); — sanguine (Sennert); — septénaire (Plater); — irritative (Hufeland); — angioténique (Pinel); — angio-cardite (Bouillaud); — inflammatoire (Jos. Frank, Chomel, etc.).

On donne le nom de *fièvre inflammatoire* ou *synoque*, à une fièvre continue qui ne se lie à aucune phlegmasie appréciable, et qui, sauf sa durée, ressemble beaucoup à la fièvre éphémère; elle se termine à peu près sans convalescence, vers la fin du premier septénaire, rarement elle se prolonge jusqu'au neuvième ou dixième jour.

Nécroscopie. — Je viens de dire que la fièvre inflammatoire ne s'accompagnait d'aucune lésion appréciable dans nos organes. M. Bouillaud a cependant prétendu, après Jos. Frank, que cette pyrexie consistait essentiellement en une inflammation du cœur et des gros vaisseaux. Mais cette opinion ne s'appuie que sur des faits incomplets ou mal interprétés; aussi n'a-t-elle jamais été adoptée par personne. On a en effet regardé comme étant de nature inflammatoire des rougeurs formées après la mort, et produites seulement par l'imbibition des tissus. L'histoire anatomique de la fièvre synoque, telle qu'on la trouve encore dans la *Nosographie* de M. Bouillaud, n'est donc à vrai dire qu'un roman. L'anatomie pathologique, d'ailleurs, est impossible, puisque la fièvre synoque, dépouillée de toute complication, a toujours une heureuse issue.

Le sang recueilli par la phlébotomie ne présente, dans la fièvre synoque, aucune altération. Il résulte, en effet, de huit analyses que l'on doit à MM. Rodier et Becquerel, que ce liquide avait sa densité et sa proportion d'eau normales; l'albumine et les sels avaient légèrement diminué, ce qui était bien moins le résultat de la maladie même que de la diète à laquelle les individus avaient été soumis; les globules, par contre, étaient sinon en excès, du moins représentés par des chiffres marquant les limites supérieures de l'état physiologique (1). Dans une seule analyse qu'on doit à MM. Andral et Gavarret, on voit même que la proportion des globules était augmentée; mais c'est là un fait accidentel qui n'a rien de spécial à cette pyrexie, et qui montre peut-être seulement l'existence d'une pléthore qui a précédé et peut-être provoqué le mouvement fébrile.

Symptômes. — La fièvre inflammatoire se développe le plus souvent tout à coup au milieu de la santé, mais parfois elle est précédée pendant un ou plusieurs jours, et quelquefois pendant plus longtemps encore, par de la céphalalgie, des vertiges, des tintements d'oreilles, des éblouissements, de la somnolence et un état de torpeur, par la perte d'appétit et par les accidents qui accompagnent la pléthore.

Le début de la fièvre est quelquefois indiqué par un frisson, lequel est généralement léger et de courte durée. La chaleur qui lui succède est presque toujours douce et halitueuse; le pouls, dont la fréquence augmente, s'élève de 80 à 110 pulsations; il est surtout remarquable par son ampleur, mais il est plus communément mou que dur. La face est animée, les yeux sont plus ou moins injectés; cependant les traits du visage conservent leur expression; il n'y a jamais de stupeur, et les malades répondent aux questions qu'on leur adresse avec leur vivacité ordinaire. Les forces ne sont point prostrées. La peau offre une couleur rosée; les veines qui rampent au-dessous d'elle sont

(1) *Chimie pathologique*, p. 133.

tendues et plus saillantes; tout le corps semble augmenté de volume. Cet état d'intumescence est surtout remarquable à la face, aux paupières et aux mains. On a signalé aussi sur quelques points de la peau, spécialement sur le ventre et à la partie supérieure des cuisses, des taches bleuâtres, ardoisées, arrondies, rarement confluentes, ne faisant point relief, variant d'un demi-centimètre à un centimètre de diamètre, et ne disparaissant pas par la pression du doigt. Ces taches, non-seulement ne sont pas constantes, comme on l'a cru, mais elles m'ont paru même être tout à fait exceptionnelles; je les ai d'ailleurs vues maintes fois dans des états morbides divers, surtout dans le cours de fièvres typhoïdes, les unes bénignes, les autres mortelles; aussi ne constituent-elles pour moi qu'un signe d'une bien médiocre importance.

Il est rare que dans l'affection dont nous parlons les malades éprouvent des douleurs vives; cependant presque tous accusent de la fatigue, et surtout une céphalalgie plus ou moins intense, ainsi que des douleurs contusives dans les membres et dans les lombes. Ils sont en outre assoupiés ou tourmentés par une insomnie complète.

La respiration ne présente aucun trouble, c'est à peine si l'on compte parfois quelques respirations de plus qu'à l'état physiologique; il n'en est pas de même de l'appareil digestif. Dans la fièvre synoque, en effet, l'inappétence est presque toujours complète, la soif est plus ou moins vive, la langue est recouverte d'un épais enduit blanchâtre, la bouche est empâtée; il y a presque toujours de la constipation; les urines enfin sont rares, très-acides et foncées en couleur. Le sang qu'on retire par la phlébotomie se concrète en un caillot dense, le plus souvent dépourvu de couenne à sa surface.

Marche. Durée. Terminaison. — La fièvre inflammatoire a une marche continue sans paroxysmes évidents: cependant on observe parfois un peu d'exacerbation le soir et pendant la nuit, ainsi que cela a communément lieu dans la plupart des maladies aiguës. En général, la fièvre acquiert plus d'intensité pendant deux jours; puis, après être restée stationnaire pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, elle diminue et s'éteint peu à peu; mais cependant il est quelques malades chez lesquels la fièvre est brusquement arrêtée dans sa marche ascendante par l'apparition de quelque crise, spécialement par une hémorrhagie. Si le sujet est jeune, le flux sanguin se fait communément par le nez; chez les individus plus âgés, le sang est parfois exhalé par les vaisseaux hémorroïdaux; chez la femme, l'effort hémorrhagique a lieu souvent du côté des organes génitaux. La fièvre inflammatoire peut aussi se juger par des sueurs, par des selles copieuses, ou par des urines sédimenteuses; mais ces dernières crises semblent être moins fréquentes ici que dans la fièvre éphémère. La fièvre inflammatoire peut se terminer aussi sans qu'on observe de phénomène critique; ce cas est peut-être même le plus commun de tous. Les anciens admettaient que la fièvre dont nous parlons pouvait dégénérer en fièvre grave; c'est là une opinion qui ne nous paraît pas démontrée. Nous sommes, au contraire, porté à penser que la synoque se termine toujours favorablement; les malades se rétablissent avec une rapidité surprenante, et, comme nous l'avons vu pour la fièvre éphémère, ils n'ont pas, à proprement parler, de convalescence.

Lorsque la fièvre inflammatoire est simple, sa durée est courte; elle se prolonge rarement au delà de cinq à sept jours; c'est tout à fait exceptionnellement qu'on la voit atteindre le onzième ou le douzième. C'est surtout lorsque la fièvre dépasse le premier septénaire qu'on doit rechercher avec le plus grand soin si la maladie ne serait pas une fièvre typhoïde revêtant la forme

inflammatoire, méprise qui a été très-souvent commise par les médecins des derniers siècles, et même par beaucoup de nos contemporains. Ou bien encore on recherchera si le mouvement fébrile n'est pas entretenu par une phlegmasie latente développée consécutivement; car, ainsi que nous l'avons établi précédemment, la fièvre est par elle-même la cause d'une foule d'altérations secondaires. Un mouvement fébrile, avons-nous dit, peut naître et persister plusieurs jours indépendamment de tout travail inflammatoire local; mais pour peu qu'il se prolonge, on pourra voir apparaître diverses phlegmasies, suivant les prédispositions organiques des sujets. On comprend par là de quelle importance il est d'explorer tous les jours les principaux organes. C'est, en effet, dans ces phlegmasies consécutives que réside tout le danger de la maladie; car la fièvre inflammatoire, dénuée de toute complication, n'est jamais suivie, comme je l'ai déjà dit, d'une terminaison fâcheuse.

Diagnostic. — Pour établir le diagnostic différentiel, on recherchera si le mouvement fébrile qu'on observe est essentiel, ou s'il se rattache à quelque phlegmasie locale. On distinguera la fièvre inflammatoire de celle qui précède l'éruption de la variole, de la rougeole et de la scarlatine, en ce que, dans les prodromes de ces exanthèmes, indépendamment de la fièvre, il est quelques autres signes spéciaux que nous ferons connaître plus tard à l'occasion de chacune de ces maladies. On verra aussi plus bas en quoi la fièvre angioténique franche diffère de la forme inflammatoire de la fièvre typhoïde. Disons pourtant par anticipation qu'on observe rarement dans la synoque la céphalalgie vive et les épistaxis qui marquent le début de la plupart des fièvres typhoïdes; qu'il n'y a point dans la première cette prostration des forces, cette stupeur, ces troubles du côté de l'intelligence et des sens, cette chaleur âcre, ces râles bruyants dans la poitrine, cette sécheresse et ces enduits bruns de la langue et des dents, cette intumescence de la rate, ce météorisme, ce gargouillement de la fosse iliaque, cette diarrhée, et si l'on est parvenu déjà à la fin du premier septénaire, ces taches rosées qu'on observe dans les cas où les plaques de Peyer sont malades.

Pronostic. — La fièvre inflammatoire est une maladie toujours bénigne.

Causes. — La maladie dont nous parlons attaque de préférence les hommes jeunes, vigoureux, d'un tempérament sanguin, qui usent d'une nourriture succulente, et qui vivent dans la mollesse et dans l'inaction; en un mot, elle a à peu près les mêmes causes que la pléthore. Elle débute souvent à l'occasion d'un excès de table ou d'une fatigue, ou après la suppression brusque d'une hémorrhagie constitutionnelle. On l'a vue quelquefois régner épidémiquement, surtout dans les lieux secs et élevés, et pendant la saison du printemps.

Traitement. — La plupart des fièvres inflammatoires simples cèdent au repos, à la diète et à l'usage des boissons délayantes; cependant il est quelquefois utile et parfois même indispensable de tirer du sang. On préférera la phlébotomie à l'application de sangsues, à moins qu'on ne veuille rappeler une hémorrhagie supprimée. La force du pouls, l'état pléthorique, les congestions vers les viscères importants, sont les principales circonstances qui feront recourir aux émissions sanguines. Il est quelques-uns des symptômes qui réclament en outre des moyens particuliers; ainsi on calmera souvent la céphalalgie par la position demi-assise, en faisant respirer au malade un air frais, en lui appliquant sur le front des compresses trempées dans l'oxycrat froid; ou en établissant une forte dérivation sur les membres inférieurs à l'aide de cataplasmes ou de pédiluves sinapisés. La constipation cède en général à l'usage des lavements simples; s'ils étaient insuffisants, on aurait recours

à l'administration de quelque laxatif doux. Si la fièvre inflammatoire était consécutive à la suppression d'une hémorrhagie constitutionnelle, on tâcherait de rappeler celle-ci, ou l'on y suppléerait par une émission sanguine. Si enfin la fièvre survient chez une jeune fille non encore menstruée, et chez laquelle pourtant la présence de douleurs dans les lombes, dans les aines et à l'hypogastre, annonce l'existence d'un travail hémorrhagipare, on favorisera la venue des règles par l'application de quelques sangsues à la vulve, par des lavements d'armoise pris aussi chauds que possible, par des fumigations vers les parties sexuelles et en recouvrant celles-ci de cataplasmes.

D'après l'énumération que j'ai faite des causes qui produisent la fièvre inflammatoire, il est inutile que je dise ici quel doit en être le traitement prophylactique.

Nature. — On a beaucoup discuté sur la nature et sur le siège de la fièvre inflammatoire; mais ce sont là des inconnues. Nous avons prouvé, contre l'école physiologique, que la maladie ne se rattache à aucune phlegmasie locale. En trouverait-on la raison dans quelque condition du sang, comme Boerhaave, Baumes et beaucoup d'autres l'ont supposé? C'est ce que nous ignorons tout à fait. Rappelons que les analyses du fluide sanguin, faites dans ces dernières années par des expérimentateurs habiles, n'ont pas justifié une pareille supposition.

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

SYNONYMIE. — Phrénitis (Grecs ou Latins). — Fièvre pestilente, maligne, putride, bilieuse, muqueuse ou grave (de la plupart des auteurs); fièvre lente nerveuse (Willis et Huxham); fièvre adynamique et ataxique (Pinel); fièvre entéro-mésentérique (Petit et Serres). — Dothiéntérie (Bretonneau). — Gastro-entérite (Broussais). — Fièvre ou affection typhoïde (Louis, Chomel, Andral). — Entérite folliculeuse (Cruveilhier, Forget). — Entéro-mésentérite typhoïde (Bouillaud).

Définition. — La *fièvre* ou *affection typhoïde* est une pyrexie anatomiquement caractérisée par le gonflement, par une altération spéciale des follicules intestinaux, ainsi que par l'augmentation du volume, l'injection, le ramollissement, et parfois même la suppuration des ganglions mésentériques correspondants; lésions s'accompagnant, pendant la vie, de dévoitement, de météorisme, de sensibilité et de gargouillement dans la fosse iliaque droite, souvent de délire, d'un état de stupeur et de prostration, ainsi que d'une éruption sur la peau de taches rosées, lenticulaires, et de sudamina.

Parmi tous les noms qui ont été donnés à la pyrexie que nous allons décrire, nous préférons ceux de *fièvre* ou *affection typhoïde*, comme ayant l'avantage de ne rien préjuger sur la nature de la maladie.

Historique. Bibliographie. — Nul doute que la fièvre typhoïde n'ait existé de tout temps; c'est ce dont on peut se convaincre en lisant les nombreuses descriptions que les auteurs les plus anciens nous ont laissées sur les fièvres graves. Étrangers aux recherches d'anatomie pathologique, ne s'en rapportant qu'à l'état symptomatique, c'est-à-dire aux phénomènes extérieurs, pour caractériser les maladies, ils ont souvent confondu sous la même dénomination des affections essentiellement distinctes quant à leur siège et à leur nature; d'autres fois d'une même maladie ils ont créé autant de maladies spéciales que les caractères extérieurs pouvaient revêtir de physionomies diverses. C'est ce qu'on remarque en particulier pour la fièvre typhoïde, qui est appelée inflammatoire, maligne ou putride par les uns, bilieuse ou muqueuse par les autres, suivant la prédominance de tel ou tel appareil de symptômes, et sans que la lésion locale fût différente. Mais les médecins dont je parle n'avaient

pas su la découvrir. Si de temps en temps quelques-uns d'entre eux, tels que Baillou et Baglivi, ont essayé timidement de localiser les fièvres essentielles; si plusieurs autres ont trouvé des altérations de nature inflammatoire dans les intestins des sujets qui succombaient à ces maladies, il ne faudrait pas s'autoriser de ces vagues indications pour faire remonter la connaissance des lésions propres à la fièvre typhoïde, je ne dirai pas aux temps les plus reculés, mais même à une époque assez voisine de nous. Toutefois, dans son *Traité des fièvres graves* qui régnerent à Rochefort en 1694, Chirac avait annoncé que, dans toutes les fièvres malignes, la muqueuse gastro-intestinale était profondément altérée, qu'il en était de même du sang, et il donna ces altérations comme étant le caractère anatomique de la maladie. Chirac ne fit point de prosélytes, parce qu'il n'avait pas su démontrer d'une manière rigoureuse les propositions qu'il avait émises. Il en a été de même de Baglivi, de Spigel, de Stoll et de beaucoup d'autres, qui tous observèrent des lésions intestinales. Ces renseignements étaient d'ailleurs tellement incomplets, qu'ils passèrent, pour la plupart, tout à fait inaperçus. L'ouvrage de Røederer et de Wagler sur la *fièvre muqueuse de Gœttingue*, livre qui, d'après nous, ne mérite pas la réputation qu'on lui a faite, et dans lequel sont mentionnées quelques-unes des lésions intestinales de la fièvre typhoïde, ne modifia pas non plus les idées généralement reçues; car les auteurs crurent voir une maladie spéciale, distincte des autres fièvres continues. Il en fut de même de Petit et Serres; dans un ouvrage publié en commun en 1812, ils tracèrent pour la première fois avec exactitude le caractère anatomique de la maladie, qui, sous le nom de *fièvre entéro-mésentérique*, prit place dans le cadre nosologique, sans rien changer aux doctrines pyrétologiques de l'école de Pinel. Sous ce rapport, Petit et Serres furent bien inférieurs à Prost, qui neuf ans auparavant avait proclamé la constance des altérations intestinales chez tous les sujets succombant aux fièvres graves (muqueuses, gastriques, adynamiques, ataxiques); mais cette idée lumineuse ne fit aucune sensation, et l'ouvrage de Prost, presque mort-né, fut tout de suite oublié (1).

Heureusement, en 1829, M. Louis retrouva et agrandit la même proposition, et, dans l'immortel traité qu'il publia à cette époque, il retraça non-seulement, avec une exactitude que nul n'a surpassée, les caractères anatomiques de la fièvre typhoïde, mais il eut surtout le mérite de réduire à cette unité presque toute la pyrétologie, en démontrant l'identité de presque toutes les formes de fièvres essentielles admises jusqu'à lui, et en prouvant que ces fièvres avaient dans l'intestin une lésion que cet auteur croit constante. Les résultats de M. Louis ont été vérifiés, dans tous les pays, par un nombre immense de médecins, et acceptés partout comme des vérités incontestables; car M. Louis les avait établis en s'aidant de cette méthode rigoureuse d'observation, dite méthode analytique et numérique, que ce médecin a pour ainsi dire créée, et dont ses *Recherches sur la fièvre typhoïde* peuvent être considérées comme étant la plus belle application.

La fièvre typhoïde a été l'objet d'une foule de travaux importants. J'ai déjà cité les ouvrages de Petit et de Serres, et celui de M. Louis; je dois aussi mentionner d'une manière spéciale les recherches de M. Andral, dans le tome I^{er} de sa *Clinique*; celles de Bretonneau, publiées par plusieurs de ses élèves, et notamment par M. Trousseau, qui donnèrent une description exacte des lésions anatomiques, et les suivirent dans leurs phases successives

(1) *La médecine éclairée par l'observation et par l'ouverture du corps.* Paris, 1804.

(Archives, année 1826). Chacun connaît les *Leçons cliniques* de Chomel, rédigées par un médecin honnête, le docteur Genest. Dans cet ouvrage, qui a pris un rang si distingué dans notre littérature, l'histoire générale de la fièvre typhoïde est tracée d'une manière parfaite, et l'on y trouve vérifiées et confirmées la plupart des idées émises par M. Louis. Un autre ouvrage non moins important est celui de Forget. Enfin, la fièvre typhoïde, étudiée d'abord exclusivement chez l'adulte, l'a été plus tard chez les enfants. M. Taupin, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (années 1839 et 1840); M. Audiganne, dans la *Gazette médicale de 1841*; MM. Barrier, Rilliet et Barthez, dans leurs traités des maladies de l'enfance, sont les auteurs qui ont le mieux éclairé ce point spécial de la pathologie.

Anatomie pathologique. — Parmi les lésions qu'on découvre à l'ouverture des cadavres des sujets morts de fièvre typhoïde, il en est quelques-unes qui existent dans presque tous les cas, et qui, en raison de cette circonstance, forment, à proprement parler, le caractère anatomique de la maladie. Il en est d'autres, au contraire, qui, ne se rencontrant que chez un certain nombre de sujets, sont moins nécessairement liées à la fièvre typhoïde, et par cela même beaucoup moins caractéristiques.

Les lésions anatomiques qui sont constantes, ou du moins presque constantes, occupent les follicules intestinaux, les ganglions mésentériques et la rate.

1° Lésions des follicules intestinaux. — L'altération des follicules intestinaux varie suivant l'époque à laquelle les malades ont succombé. Il est impossible de déterminer le moment précis où cette altération commence, car il est rare de voir les malades périr avant la fin du premier septénaire. J'ai pourtant examiné avec Chomel le cadavre d'un individu mort à la fin du cinquième jour de la maladie. Or, voici quel était l'état de l'intestin chez cet individu comme chez tous ceux qui sont emportés du cinquième au huitième jour, à dater du début des premiers accidents:

A l'extérieur de l'intestin grêle, on aperçoit souvent par transparence des plaques ou des points rouges, bleus ou noirs, correspondant aux follicules malades. Il existe parfois, très-rarement pourtant, à ce niveau, une fausse membrane plus ou moins épaisse, preuve que la phlegmasie s'est propagée jusqu'au péritoine.

Si, saisissant l'intestin, on le presse entre le pouce et l'index, on sent distinctement, au niveau de ces points maculés, des duretés; mais, pour étudier convenablement la lésion dont l'intestin grêle est le siège, il faut, après l'avoir incisé sur son bord concave, c'est-à-dire le long de l'insertion du mésentère, le laver et l'étaler convenablement sur une table. On aperçoit alors sur la membrane muqueuse deux ordres de tumeurs qui sont formées par l'intumescence des glandes intestinales. Les unes, coniques et arrondies, ressemblent par leur forme et leur volume à de grosses pustules; elles sont disséminées dans tout le pourtour de l'intestin; elles occupent les follicules isolés; les autres, beaucoup plus volumineuses que les précédentes, siègent dans les plaques de Payer, et n'existent que sur le bord convexe de l'intestin, à l'opposé de l'insertion du mésentère. Celles-ci ont de 3 à 9 centimètres de long sur 2 ou 3 de large; parfois, exactement arrondies, elles font dans l'intestin une saillie de 4 à 9 millimètres. Ces plaques sont tantôt pâles, tantôt elles sont d'un blanc mat ou rosé; assez généralement elles ont une couleur qui tranche sur celle de la muqueuse voisine. L'altération dont je parle se présente sous deux formes différentes, et qu'il est important de distinguer l'une de l'autre.

Première forme, ou plaques molles de M. Louis. — Elles font peu de saillie, elles offrent peu de résistance au toucher; leur surface est presque lisse, ou bien elle est grenue et comme mamelonnée. Si on les incise, on reconnaît que la muqueuse et le tissu cellulaire sous-jacent sont humides, injectés et épaissis, et que c'est à ce double épaississement qu'il faut rapporter la saillie de la plaque. Dans quelques cas, les tumeurs dont je parle ont l'aspect d'un réseau à mailles régulières. Leur tissu ressemble assez au parenchyme de la cerise ou de la prune; la membrane muqueuse qui les revêt est plus ou moins ramollie et se détache par le plus léger frottement. Chomel a donné à ces plaques le nom de *plaques réticulées*; elles ne constituent qu'une variété de plaques molles, et non une espèce distincte.

Deuxième forme. Plaques gaufrées, ou plaques dures de M. Louis. — Ces plaques forment une saillie plus considérable que les précédentes; elles sont dures et offrent au toucher une résistance élastique. Si on les incise dans toute leur épaisseur, on reconnaît que le tissu cellulaire sous-muqueux, au lieu d'être simplement enflammé ou hypertrophié, comme dans la première variété, se trouve ici transformé dans toute ou presque toute la longueur de la plaque, en une matière homogène, d'un blanc jaunâtre, ferme, cassante, friable, lisse, brillante à la coupe, et ayant de 4 à 7 millimètres d'épaisseur. La muqueuse offre les mêmes altérations que dans les plaques molles. Les plaques dures se rencontrent sur le tiers à peu près des individus qui succombent, et elles constituent une lésion plus grave que les plaques molles.

Les follicules isolés présentent exactement les mêmes altérations que les glandes agminées; il y a seulement cette différence que, dans les premiers, la matière jaune élastique a la forme d'un cône. Presque toujours les deux ordres de follicules sont simultanément atteints, mais le plus souvent ils le sont d'une manière inégale.

Il arrive fréquemment qu'on rencontre des plaques elliptiques formant peu de relief, n'ayant aucune dureté, mais qui sont remarquables à leur surface par un piqueté bleu tout à fait comparable à celui d'une *barbe récemment faite*. Ce pointillé noir est regardé par quelques auteurs, et en particulier par le professeur Forget, comme un état pathologique, comme une forme de l'altération typhoïde. Mais des faits nombreux nous ont appris que cette disposition ne constituait qu'une variété anatomique des plaques, et qu'on l'observait indistinctement chez les sujets emportés par toute espèce de maladie aiguë ou chronique.

Ulérations. — C'est du neuvième au douzième jour qu'on commence à observer l'ulcération des glandes malades. On a rencontré pourtant cette lésion à une époque plus rapprochée du début. Boudet, par exemple, l'a vue une fois au sixième jour. Mais les faits de ce genre sont extrêmement rares. L'ulcération folliculaire se forme de deux manières différentes: tantôt elle commence par la muqueuse et s'étend consécutivement à la plaque, qu'elle détruit peu à peu; d'autres fois, au contraire, un travail de ramollissement ou de gangrène frappe d'abord la glande altérée, et s'étend *consécutivement* à la membrane muqueuse, qui se détache par lambeaux avec la substance de la plaque. Dans quelques cas, la mortification des follicules est tellement prompte, le travail d'élimination est tellement rapide, que la membrane muqueuse qui les recouvre reste intacte tantôt en totalité, le plus souvent partiellement, et forme alors des brides qui retiennent plus ou moins longtemps la matière jaune ou les eschares près de se détacher. Les deux modes d'ulcération que je viens d'indiquer peuvent se rencontrer sur le même individu, et sont communs aux deux ordres de follicules.