

pation est la règle; le ventre est indolore ou bien il existe une sensation de brûlure à l'épigastre, qui est douloureux à la pression.

L'intensité des symptômes fébriles est variable : au début les malades éprouvent des frissonnements, la température suit une marche irrégulière; en général, elle s'élève beaucoup moins que dans la fièvre éphémère et elle présente des exacerbations vespérales, la température du matin s'éloignant souvent peu de la normale.

Les phénomènes nerveux sont peu marqués, ils consistent surtout en céphalalgie, courbature, douleurs dans les membres.

La fièvre gastrique dure trois ou quatre jours, rarement davantage.

On peut confondre surtout la fièvre gastrique avec les formes légères de la fièvre typhoïde ou fébricules typhoïdes. Dans ces dernières, malgré le peu d'intensité de la maladie, les symptômes nerveux : faiblesse, prostration, insomnie, céphalalgie, sont beaucoup plus marqués que dans la fièvre gastrique. Les symptômes abdominaux sont différents : au lieu de constipation, on a de la diarrhée, de la douleur dans la fosse iliaque droite; enfin assez souvent des taches rosées qui font toujours défaut dans la fièvre gastrique, on observe seulement chez certains malades des *taches ombrées* sur la paroi antérieure de l'abdomen et à la racine des membres supérieurs. Ces taches, qui semblent avoir été faites avec un pinceau trempé dans l'encre de Chine, ne s'effacent pas sous le doigt comme les taches rosées; elles ne sont pas particulières à l'embarras gastrique, on les rencontre quelquefois chez des malades atteints de fièvre typhoïde, de pneumonie, etc.

Le pronostic est très-bon; la maladie guérit par l'expectation pure et simple; mais elle peut alors se prolonger, et dans les cas où l'embarras gastrique est bien caractérisé par l'enduit saburral épais de la langue, il est bon d'administrer un vomitif ou un émétocathartique qui peut amener la guérison en vingt-quatre heures. Diète, repos au lit dans le cas où la fièvre présente quelque intensité, boissons fraîches et acidules.

Dans la description qui précède nous avons eu surtout en vue la fièvre gastrique telle qu'on l'observe dans nos climats; dans les pays chauds, et déjà sur les rivages de la Méditerranée, cette fièvre prend une importance beaucoup plus grande; elle a été décrite sous le nom de *fièvre rémittente climatique* et confondue par bon nombre d'auteurs avec les fièvres rémittentes d'origine palustre. En exagérant tous les symptômes de la fièvre gastrique simple, en doublant

ou triplant sa durée on arrive à se faire une idée exacte de la rémittente climatique; nous reviendrons du reste sur cette fièvre quand nous nous occuperons des maladies palustres.

En dehors des fièvres éphémère et gastrique, on a décrit un certain nombre d'autres fièvres simples sous les noms de *fièvre catarrhale*, *fièvre synoque*, *fébricule*, etc... Ces types morbides sont trop mal caractérisés pour mériter une description; leur existence même est douteuse. Lorsqu'on a soin d'éliminer les cas dans lesquels la fièvre est symptomatique d'une affection inflammatoire, on peut très-facilement faire rentrer toutes les fièvres simples dans les deux types décrits plus haut.

Quelques auteurs, particulièrement en Angleterre, ont décrit dans un chapitre spécial, sous le nom de *fébricule*, les formes légères de la fièvre typhoïde et du typhus. La varioloïde, qui ne se traduit que par quelques boutons, diffère beaucoup de la variole confluyente; cependant, chacun convient qu'il s'agit d'une seule et même maladie, et on décrit dans le même chapitre que la variole les formes les plus atténuées de la varioloïde; pourquoi donc procéder autrement avec les maladies typhoïdes et séparer la fébricule de la fièvre typhoïde régulière? Nous ne voyons que des inconvénients dans cette manière d'agir; nous ferons donc l'histoire des formes légères du typhus et de la fièvre typhoïde en même temps que celle de ces maladies.

DEUXIÈME SECTION

MALADIES MIASMATIQUES

Les maladies miasmiques comprennent, ainsi que nous l'avons déjà dit : 1° les maladies typhoïdes; 2° les maladies telluriques; 3° les fièvres éruptives; 4° les oreillons, l'érysipèle, la méningite cérébro-spinale qui, au point de vue de leur nature, se rapprochent des fièvres éruptives. Nous étudierons ces maladies dans l'ordre indiqué.

MALADIES TYPHOÏDES.

Sous le nom de maladies typhoïdes, Griesinger a réuni : la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique, la fièvre récurrente, la typhoïde bilieuse et la peste. Ces maladies forment en effet un groupe homo-

gène analogue à celui des fièvres éruptives, ce sont des maladies miasmiques, contagieuses, caractérisées par : une fièvre vive à marche cyclique, des altérations profondes du sang, une tendance marquée aux localisations sur le système lymphatique et aux exanthèmes. La longue confusion de ces espèces morbides est la meilleure preuve des analogies qu'elles présentent entre elles; aujourd'hui encore quelques médecins soutiennent l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde. Au groupe des maladies typhoïdes nous rattacherons la fièvre jaune.

Quelques mots d'histoire sont nécessaires pour expliquer comment les différents types morbides que nous allons décrire ont été tirés peu à peu du chaos des maladies typhoïdes.

Il est douteux si les anciens ont observé le typhus et la fièvre typhoïde, le mot *typhos* se retrouve souvent dans leurs descriptions, mais il est employé seulement pour désigner l'état typhoïde qui se rencontre dans un grand nombre de maladies étrangères au groupe des maladies typhoïdes, dans les formes graves de l'impaludisme, par exemple, que les médecins grecs avaient souvent l'occasion d'observer.

La peste antique (pestes de Thucydide, de Galien, etc.) était probablement une maladie différente de la peste à bubons et aujourd'hui éteinte. La peste à bubons paraît avoir régné en Egypte plusieurs siècles avant Jésus-Christ, mais c'est seulement au VI^e siècle de notre ère qu'elle sortit de son foyer et qu'elle donna lieu à une grande manifestation épidémique; pendant dix siècles elle désola le monde et menaça à plusieurs reprises de le dépeupler. Au XVI^e siècle, elle commence à disparaître et c'est alors que le typhus et la fièvre typhoïde, trouvant le champ libre, prennent une extension qui commande l'attention.

En 1528, Fracastor donne une bonne description du typhus qui règne en Italie. A partir de cette date les épidémies de typhus et de fièvre typhoïde se succèdent rapidement, mais la confusion est complète entre ces deux maladies. Les premiers nosographes qui cherchent à classer les fièvres continues ne sont pas heureux dans leurs tentatives, car, au lieu de séparer le typhus de la fièvre typhoïde, ils compliquent la question en décrivant comme des maladies différentes des *fièvres putrides, adynamiques, ataxiques, muqueuses* qui presque toutes se rapportent à la fièvre typhoïde.

Le magnifique ouvrage de Louis sur la fièvre typhoïde (1829) marque un immense progrès. Par ses recherches patientes et métho-

diques, Louis démontra que les prétendues fièvres adynamiques, ataxiques, etc., n'étaient que des variétés d'une seule et même maladie bien caractérisée par la lésion des plaques de Peyer.

Une question se posa alors : fallait-il distinguer de la fièvre typhoïde la maladie connue sous les noms de *typhus des camps* et de *typhus fever*? Les médecins français étaient mal placés pour résoudre cette question, car le typhus avait presque complètement disparu de France; les médecins anglais : Graves, Jenner, Murchison, qui observaient chaque jour le typhus et qui avaient souvent l'occasion de le comparer à la fièvre typhoïde, continuèrent l'œuvre de Louis, en traçant le diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde et du typhus fever ou typhus exanthématique; ils firent connaître aussi le typhus récurrent ou *relapsing fever*, qu'ils isolèrent des espèces morbides précédentes. Lors de la guerre de Crimée, les médecins militaires français purent étudier le typhus qui fut même importé au Val-de-Grâce par nos soldats revenant de Crimée; à partir de ce moment ceux qui hésitaient encore à séparer le typhus de la fièvre typhoïde se rallièrent presque tous à la doctrine de la non-identité.

La typhoïde bilieuse a été bien décrite par Griesinger. Suivant toute apparence il faut la considérer comme une forme grave de la fièvre récurrente.

La fièvre jaune, en sa qualité de maladie exotique, ne donnant lieu dans nos climats qu'à des épidémies locales et toujours à la suite d'importations, a été distinguée d'assez bonne heure des autres maladies typhoïdes; cependant des épidémies de typhoïde bilieuse ont été décrites plus d'une fois sous le nom de fièvre jaune et réciproquement.

Parmi les maladies typhoïdes nous donnerons naturellement la place d'honneur à la fièvre typhoïde qui est la fièvre par excellence de nos climats, et c'est à son histoire que nous accorderons le plus de développements.

GAULTIER DE CLAUVERY et MONTAULT. Mémoires de l'Académie de médecine, 1838, t. VII. — JENNER. De la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde, traduct. de Verhaeghe, Bruxelles, 1852. — A. HIRSCH. historisch. patholog. Untersuchungen über die Typhen (Prager Vierteljahresschrift, 1851, Band XXXII; Historisch. geogr. Pathologie, I, 1859). — HAESER. Lehrbuch der Geschichte der Medizin und der epidemischen Krankh. Jena, 1850-1853. — MAGNUS HUSS. Statistique et traitement du typhus et de la fièvre typhoïde à l'hôpital Séraphin de Stockholm, Paris, 1855. — MURCHISON. A treatise on the continued fevers of great Britain, 2^e édit. London, 1873. — W. STOKES. Lectures on Fever, London, 1874. — BERNHEIM. Des fièvres typhiques en général, thèse d'agrégation, Strasbourg, 1868. — GRIESINGER. Traité des maladies infectieuses. Traduct. française, 2^e édition, annotée par E. Vallin, Paris, 1877. — A. LAVERAN. Traité des maladies et épidémies des armées, Paris, 1875.

FIÈVRE TYPHOÏDE.

Synonymie : *Dothienenterie* (Bretonneau). -- *Entérite folliculeuse* (Cruveilhier Forget). — *Typhus abdominal* ou *intestinal* (auteurs allemands).

La fièvre typhoïde a été observée sur presque tous les points du globe, mais elle est particulièrement fréquente dans les régions tempérées ; dans les pays froids le typhus règne souvent en même temps qu'elle, dans les pays chauds les fièvres palustres lui font une terrible concurrence, tandis que dans les pays tempérés, en France, par exemple, elle règne sans partage. La fièvre typhoïde s'observe à l'état permanent ou *endémique*, comme on dit, dans les grands centres de population et de temps à autre le nombre des cas se multiplie, la fièvre devient *épidémique* ; dans les petites villes, dans les villages, la fièvre typhoïde donne lieu surtout à de petites épidémies, elle peut disparaître complètement pendant un certain nombre d'années.

ÉTIOLOGIE. — Les questions relatives à l'étiologie de la fièvre typhoïde ne sont pas encore entièrement résolues, néanmoins un certain nombre de propositions paraissent bien établies.

1° *La fièvre typhoïde est transmissible, importable, contagieuse.* La contagion de la fièvre typhoïde a été contestée pendant longtemps par l'École de Paris, et de fait, il est très-difficile de constater la filiation des cas de fièvre typhoïde qui se produisent dans les grands centres de population. Louis a écrit que la fièvre typhoïde se montrait contagieuse *au moins dans les départements*, et en écrivant cette phrase en apparence paradoxale, il a montré une fois de plus son esprit d'observation et son respect invariable pour les faits. Bretonneau, Piedvache, Gendron, A. Flint, Budd, ont cité des exemples incontestables d'importation de la fièvre typhoïde qui presque tous peuvent se résumer ainsi : un individu atteint de fièvre typhoïde arrive dans une localité où la fièvre typhoïde n'avait pas régné depuis longtemps et peu de temps après l'arrivée du malade, la fièvre typhoïde devient épidémique.

Il nous semble assez facile d'expliquer pourquoi la contagion de la fièvre typhoïde est si difficile à constater dans les grandes villes : *a*, la filiation des maladies les plus manifestement contagieuses, comme la gale et la variole, est souvent difficile à établir dans les grands centres de population ; l'homme y vit dans une promiscuité

qui multiplie les chances de contagion, mais qui en même temps complique singulièrement les recherches étiologiques, surtout lorsque les maladies sont transmissibles par l'air et que les contagés peuvent se conserver pendant longtemps en dehors de l'économie ; *b*) la fièvre typhoïde ne se transmet pas, en général, par le contact des malades qui en sont affectés, mais par les matières fécales qui peuvent être transportées loin du foyer d'origine. Prétendre que la fièvre typhoïde n'est pas contagieuse parce que les personnes qui entourent les malades sont souvent épargnées, équivaudrait à dire, suivant l'ingénieuse comparaison de Budd, qu'une touffe de roseaux penchée sur un cours d'eau n'a pas la faculté de se reproduire parce que les graines ne germent pas sur place et qu'elles sont entraînées par le courant loin de leur origine ; *c*) bon nombre d'habitants des grandes villes jouissent d'une immunité plus ou moins complète pour la fièvre typhoïde ; les uns ont eu des fièvres typhoïdes antérieures, et tous les auteurs s'accordent à dire que la fièvre typhoïde récidive très-rarement ; d'autres ont eu des fébricules, formes très-légères de la maladie, qui suffisent malgré leur bénignité à prévenir les récidives ; d'autres enfin jouissent d'une immunité incomplète, il est vrai, par le seul fait d'un séjour prolongé dans les foyers où la fièvre est endémique. La fièvre jaune se comporte de la même manière au Mexique, en dehors des paroxysmes épidémiques, elle ne s'attaque guère qu'aux nouveaux venus. Dans l'armée, la fièvre typhoïde sévit principalement sur les jeunes soldats, il est fréquent d'observer de petites épidémies typhoïdes au moment de l'arrivée des recrues, surtout lorsque ces recrues vont tenir garnison dans les grandes villes.

2° *Les matières fécales provenant de malades atteints de fièvre typhoïde paraissent être la principale source de la dissémination de la maladie.* En général, dans les maladies contagieuses, le produit le plus caractéristique de la maladie est le véhicule du poison morbide (Budd). C'est ainsi que le liquide du jetage transmet la morve et que le pus des pustules varioliques est l'agent ordinaire de dissémination de la variole, on pouvait donc s'attendre *a priori* à trouver dans les selles typhoïdes, qui renferment les produits d'élimination des plaques de Peyer, le principe le plus actif de la contagion ; des faits nombreux prouvent en effet que les selles typhoïdes, en se mélangeant à l'eau ou en se desséchant et en se disséminant dans l'air, donnent lieu à la transmission de la fièvre typhoïde. Quelques auteurs incriminent plus parti-

culièrement les eaux potables, d'autres pensent que l'air est plus souvent que l'eau le véhicule des germes contagieux renfermés dans les selles typhoïdes; il est bien probable que l'introduction des germes peut se faire, soit par les voies digestives, soit par les voies respiratoires.

D'après Budd, les matières des typhoïdiques conserveraient pendant longtemps leurs propriétés contagieuses.

3° *Les foyers locaux d'infection favorisent le développement épidémique de la maladie.* Dans un grand nombre de relations d'épidémies typhoïdiques des foyers locaux d'infection tels que : égouts mal entretenus et mal curés, fosses d'aisances communiquant par des infiltrations souterraines avec l'eau d'un puits servant à la boisson, ruisseaux, fossés contenant une eau croupie, stagnante, etc., paraissent avoir joué un rôle important. La question est de savoir si ces causes d'infection sont capables d'engendrer directement le miasme typhoïdique ou bien si elles jouent seulement le rôle de milieux favorables au développement des germes spécifiques, lesquels doivent toujours être fournis par des malades atteints de fièvre typhoïde. D'après Murchison, les émanations gazeuses des égouts et des fosses d'aisances suffiraient à provoquer la fièvre typhoïde; il faut bien avouer qu'on est parfois fort embarrassé pour dire d'où est venu le germe spécifique de telle ou telle petite épidémie développée loin des centres de population où la maladie est endémique. Nous verrons plus tard que le typhus, dont la transmission par contagion est encore plus évidente que celle de la fièvre typhoïde, peut cependant se développer spontanément dans certaines conditions de milieux; il paraît en être de même de la fièvre typhoïde, et tout en faisant jouer le plus grand rôle à la transmission par les selles typhoïdiques, nous pensons que c'est aller trop loin que d'affirmer avec Budd que la contagion est l'origine constante de la maladie.

La nature du sol et la hauteur de la nappe d'eau souterraine paraissent avoir une certaine influence sur le développement épidémique de la fièvre typhoïde, mais Pettenkofer a exagéré l'action de ces causes en les mettant au premier plan.

Parmi les causes prédisposantes, nous citerons : 1° *l'âge*, c'est surtout de quinze à vingt-cinq ans que sévit la fièvre typhoïde, elle est très-rare dans la première enfance et dans la vieillesse; 2° la période d'*acclimatement* qui suit l'arrivée dans les grands centres de population; 3° *l'encombrement*; 4° les fatigues, la mauvaise

alimentation, les chagrins et toutes les autres causes *débilitantes*.

DESCRIPTION. — La période d'*incubation* de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire la période qui s'écoule entre l'introduction du miasme dans l'économie et l'apparition des premiers symptômes, n'est pas exactement connue. La plupart des auteurs décrivent une période *prodromique* précédant l'apparition de la fièvre, période qui serait caractérisée par un malaise général, de l'abattement, de l'anorexie, de la diarrhée, ces prodromes se confondent en général avec la période initiale ou d'ascension; comme le début est insidieux, qu'il ne s'annonce pas bruyamment par un frisson, il est souvent difficile de fixer le moment exact où la maladie a commencé.

Les cas d'intensité moyenne que nous prendrons comme types de la description ont une durée de vingt et un jours ou de trois septénaires; la thermométrie montre que la durée de la fièvre se divise naturellement en trois périodes d'*ascension*, d'*état* et de *déclin* que l'on peut appeler, avec M. Jaccoud, *stades des oscillations ascendantes*, des *oscillations stationnaires* et des *oscillations descendantes*.

A. *Période d'ascension.* Les malades éprouvent tout d'abord une grande fatigue, accompagnée de céphalalgie, de vertiges, de bourdonnements d'oreilles, d'insomnie et de rêveries. La tem-

Fièvre typhoïde. forme simple (Mundakoff)

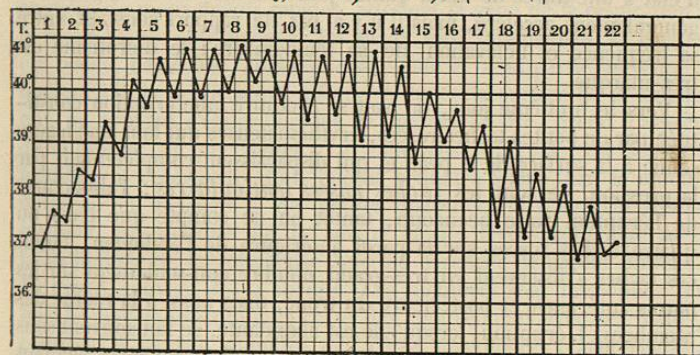


Fig. 1.

pérature s'élève progressivement par oscillations ascendantes (voyez la fig. 1), et c'est seulement le soir du quatrième ou du cinquième

jour qu'elle atteint son maximum, qui est en moyenne de 40 degrés. Assez souvent on observe des épistaxis, enfin il survient de la diarrhée qui peut être plus ou moins abondante, et de la bronchite; c'est généralement à la fin de cette période ou au commencement de la période d'état que les malades entrent à l'hôpital.

B. *Période d'état.* Les symptômes de cette période peuvent être divisés en : *symptômes généraux, symptômes nerveux, symptômes gastro-intestinaux, symptômes thoraciques*; c'est dans cet ordre qu'il faut les rechercher au lit du malade afin d'apporter un peu de méthode dans l'examen clinique.

La fièvre est continue en ce sens que la température reste toujours au-dessus de la normale, mais le plus souvent la température du matin est inférieure de un degré environ à celle du soir; la température du matin étant de 39 degrés par exemple, celle du soir s'élève à 40 degrés. Sur le tracé thermométrique, la période d'état est caractérisée par une ligne brisée qui oscille entre les *minima* du matin et les *maxima* du soir, d'où le nom de *stade des oscillations stationnaires* qui lui a été donné. Vers le septième jour on observe souvent une défervescence matinale très-prononcée (Wunderlich). Dans les cas graves, la température du matin est presque aussi élevée que celle du soir, de sorte que les oscillations sont très-peu étendues et que le tracé thermométrique se rapproche de la ligne droite. La période d'état a une durée de dix à quinze jours en moyenne. Le pouls est généralement accéléré, mais il n'y a pas de rapport constant entre sa fréquence et l'élévation de sa température; le dicrotisme est très-marqué.

Vers le huitième jour, on voit se produire une éruption constituée par de petites taches rosées, érythémateuses qui font une légère saillie à la surface de la peau et qui disparaissent complètement par la pression, ce sont les *taches rosées lenticulaires*; l'abondance de l'éruption varie beaucoup, tantôt on ne compte que trois ou quatre taches rosées sur la paroi antérieure de l'abdomen, tantôt ces taches s'observent en très-grand nombre non-seulement sur les parois antérieure et postérieure du tronc, mais aussi à la racine des membres. L'éruption, lorsqu'elle est abondante, se fait souvent sous forme de poussées successives, de sorte qu'elle est visible pendant longtemps.

À la fin de la période d'état ou pendant le stade de défervescence, la peau de la partie antérieure du tronc se couvre souvent de *sudamina*; les petites vésicules qui constituent les *sudamina* font

à la surface de la peau une saillie facilement appréciable par le toucher, elles renferment un liquide transparent, acide comme la sueur; cette éruption, qui se retrouve dans un grand nombre de maladies fébriles, tient probablement à l'oblitération des conduits des glandes sudoripares par des cellules épidermiques desséchées. On peut encore rencontrer, chez les malades atteints de fièvre typhoïde, les *taches ombrées* déjà signalées à propos de l'embarras gastrique.

Les *symptômes nerveux* du début : céphalalgie, prostration, rêvasseries, insomnie, s'accroissent à la période d'état; les malades sont pris de vertiges dès qu'ils essayent de se lever ou même de s'asseoir dans leur lit; ils se plaignent de bourdonnements d'oreilles, de céphalalgie et surtout d'une insomnie extrêmement fatigante et très-caractéristique, car elle ne se retrouve au même degré dans aucune autre maladie; lorsqu'ils s'endorment, ils ont des cauchemars; enfin ils tombent dans *l'état typhoïde* qui est plus ou moins marqué suivant la gravité des cas. Les malades sont dans le décubitus dorsal, les traits de la face sont immobiles, sans expression, le regard se perd dans l'espace, on sent que l'intelligence alourdie n'a plus assez d'énergie pour prendre part à la vie extérieure, de même que les muscles n'ont plus la force suffisante pour faire mouvoir les membres; les narines sont pulvérulentes, les ailes du nez, animées de mouvements rapides, attestent la gêne de la respiration; la bouche reste entr'ouverte, les dents sont fuligineuses, la langue est rouge, desséchée, surtout à sa pointe et à sa partie moyenne; quelquefois la dessiccation s'étend à toute la surface de la langue qui, ne pouvant s'étaler lorsque le malade la tire, prend l'aspect de la langue de *perroquet*. La muqueuse linguale est souvent fendillée et recouverte d'un enduit brunâtre formé par le mucus desséché et mélangé à de petites quantités de sang. Un tremblement très-marqué de la langue et des lèvres contribue avec la sécheresse de la muqueuse buccale à rendre la parole difficile. Il existe souvent de la surdité. Les membres sont immobiles ou bien le malade exécute sans cesse des mouvements avec ses mains, comme s'il voulait atteindre des corps imaginaires (carphologie); lorsqu'on applique la main sur l'avant-bras on sent les tendons qui se tendent les uns après les autres (soubresauts des tendons).

Pendant la nuit, les désordres nerveux augmentent, les malades délirent, prononcent des paroles sans suite, ils se lèvent sans savoir ce qu'ils font et cherchent à s'échapper de la salle où ils se

trouvent. Si les symptômes nerveux sont caractérisés surtout par l'affaiblissement et la prostration, on dit que la fièvre typhoïde a la *forme adynamique*; si au contraire les phénomènes d'excitation dominant, si le délire est bruyant, l'agitation incessante, on dit qu'elle a la *forme ataxique*; enfin, si ces états de prostration et d'excitation se combinent, la fièvre est dite *ataxo-adyamique*, ce sont là de simples variétés symptomatiques dont on faisait autrefois des entités morbides distinctes.

Le plus souvent les malades ne perdent pas entièrement connaissance; en les interpellant à haute voix, on peut les tirer de leur état de somnolence et obtenir d'eux quelques brèves réponses; dans les cas très-graves, le délire et la perte de connaissance persistent nuit et jour.

La soif est vive tant que les malades ne sont pas plongés dans l'état typhoïde, car alors ils ne songent plus à boire; l'anorexie est complète.

Les *symptômes abdominaux* sont par ordre d'importance: la *douleur à la pression localisée dans la fosse iliaque droite*; la *diarrhée*; le *gargouillement*, provoqué par la pression; le *météorisme abdominal* et la *tuméfaction de la rate*.

En déprimant la paroi antérieure de l'abdomen au niveau de la fosse iliaque droite, on provoque une douleur plus ou moins vive qui, lorsqu'elle est bien limitée, est très-caractéristique, car elle se rattache à la lésion des plaques de Peyer; chez les malades dont le ventre est très-souple, on sent parfois, dans la fosse iliaque droite, une tumeur constituée par le gonflement des ganglions mésentériques au voisinage de la valvule iléo-cæcale; enfin on a une sensation de gargouillement due au mélange des gaz avec le contenu liquide de l'intestin; ce dernier symptôme se retrouve du reste chez tous les diarrhéiques.

La diarrhée est quelquefois peu abondante, il peut même y avoir constipation au début, en général les malades ont cinq ou six selles diarrhéiques par jour; le nombre des selles peut être beaucoup plus considérable, quelques malades vont à la garde-robe douze, quinze fois par jour ou plus souvent encore, et ces évacuations incessantes contribuent à les affaiblir. Lorsque l'état typhoïde est très-prononcé, les évacuations alvines (urines et matières fécales) sont involontaires; il peut aussi y avoir rétention d'urine.

Le météorisme abdominal est très-variable; dans les cas où il est très-marqué, il augmente la dyspnée par refoulement du diaphragme.

L'hypertrophie de la rate n'est pas toujours facile à constater; la rate, en effet, augmente surtout de volume par sa partie supérieure qui se cache sous le diaphragme; de plus la rate est molle et non indurée comme dans les fièvres palustres anciennes, de sorte que, lors même qu'elle déborde les fausses côtes, il est difficile de la sentir par la palpation.

Les urines sont peu abondantes, fortement colorées, très-chargées en principes extractifs; d'après les recherches de M. A. Robin, la quantité d'urée est d'autant moins élevée que les symptômes typhoïdes sont plus accusés, et d'autant plus élevée que la fièvre affecte une marche plus franchement inflammatoire; les urines sont souvent légèrement albumineuses.

Les phénomènes thoraciques consistent en une *bronchite* plus ou moins intense et en une tendance marquée à la congestion hypostatique des lobes inférieurs des poumons. La bronchite peut prendre dès le début une intensité telle qu'elle occupe le premier plan dans la symptomatologie de la fièvre typhoïde qui est dite alors à *forme thoracique*; le plus souvent la bronchite est peu marquée au début, on ne trouve dans la poitrine que quelques râles sibilants et ronflants, c'est seulement vers le milieu de la période d'état que les symptômes thoraciques prennent de l'importance; outre les râles de bronchite, on trouve alors vers les bases des râles sous-crépitaux, ou bien du silence respiratoire et de la submatité.

Il existe quelquefois de la laryngite ou de l'angine.

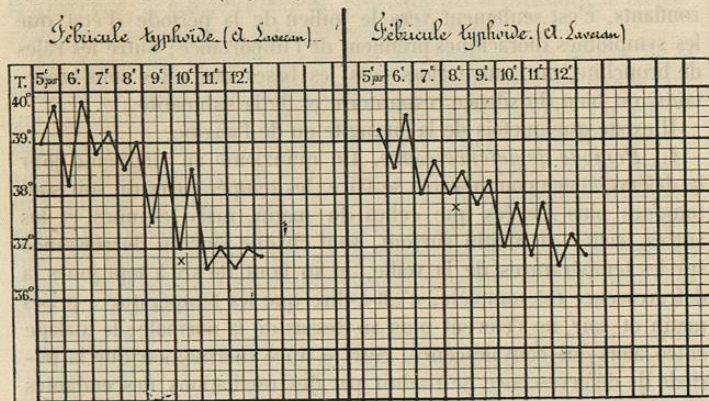
C. *Période de défervescence*. Du quinzième au vingtième jour la défervescence commence à se faire, les températures du soir sont toujours plus élevées que celles du matin, mais les unes et les autres, celles du matin surtout, sont chaque jour en décroissance sur les températures de la veille, et au bout de six à sept jours la défervescence est complète, c'est-à-dire que les températures prises matin et soir ne s'élèvent plus au-dessus de la normale; le malade entre alors en convalescence. Sur le tracé thermométrique la période de défervescence se traduit par des oscillations descendantes (fig. 1); les températures vespérales restent quelquefois très-élevées au début de la défervescence, l'abaissement portant seulement sur les températures matinales.

Les symptômes nerveux perdent de leur intensité, l'agitation et le délire diminuent, l'insomnie disparaît, la prostration est moins considérable, les malades se retournent spontanément dans leur lit et ne sont plus aussi étrangers à ce qui les entoure, mais la faiblesse

est encore très-grande, l'amaigrissement se prononce de plus en plus, la dénutrition des tissus, des organes est arrivée à son maximum, des complications de toute sorte peuvent se produire et remettre en danger la vie du malade.

Variétés. En se basant sur la prédominance de tels ou tels symptômes, on a décrit des formes *inflammatoires, nerveuses, adynamiques, ataxo-adynamiques, spinales, thoraciques, abdominales*; il est impossible de consacrer une description spéciale à chacune de ces variétés de la fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde, comme la plupart des maladies, a ses formes légères, abortives, et ses formes graves. Il est démontré aujourd'hui que certaines fièvres continues, qui évoluent en huit ou dix jours, doivent être rapportées à la fièvre typhoïde. On a donné à ces formes légères les noms de *fièvres typhoïdes abortives, de typhus levissimus, de typhus abortif* ou mieux de *fébricules typhoïdes*; le mot de typhus ne doit jamais être appliqué à la fièvre typhoïde sous peine de confusion avec le typhus exanthématique. Dans ces fébricules, le tracé thermométrique rappelle celui de la fièvre typhoïde de durée normale (voy. fig. 2 et 3); la défervescence est lente,



× Apparition des taches rosées.

FIG. 2.

FIG. 3.

progressive, la période d'état est très-écourcée; les symptômes généraux sont réduits à leur minimum d'intensité, les malades accusent de la fatigue, de la faiblesse; il y a un peu de bronchite et de diarrhée, de la douleur à la pression dans la fosse

iliaque droite; les taches rosées se montrent quelquefois au moment où la température commence déjà à tomber. Ces fébricules guérissent presque toujours; quand par hasard les malades succombent à quelque complication, on constate les lésions caractéristiques des plaques de Peyer, ainsi que l'un de nous a pu le faire récemment chez un homme mort au moment où il venait de terminer une fébricule typhoïde. Les lésions intestinales sont peu abondantes dans ces cas; il est même probable que dans les formes les plus légères les plaques de Peyer n'arrivent pas à ulcération.

Nous avons fixé plus haut à huit ou dix jours la durée moyenne des fébricules; il n'est pas prouvé que des fièvres moins longues encore, que ces indispositions légères qui surviennent souvent chez les nouveaux venus dans les grandes villes, ne soient pas de même nature que la fièvre typhoïde et qu'elles ne puissent pas conférer l'immunité.

A côté de ces formes légères, il y en a de graves qui se prolongent pendant quatre ou cinq septenaires, quelquefois même davantage; sur les tracés thermométriques on retrouve les trois stades d'ascension, d'état et de défervescence avec les caractères que nous avons signalés dans la forme régulière, mais à la fin de la période d'état, entre cette période et celle de défervescence, vient s'interposer un stade irrégulier caractérisé par de grandes oscillations thermométriques, auquel Wunderlich a donné le nom de *stade amphibole* (voy. fig. 4). D'après Wunderlich et Hamernyk, cette fièvre irrégulière serait due principalement aux ulcérations intestinales, et il faudrait la comparer à la fièvre secondaire ou de suppuration de la variole. Toutes les complications inflammatoires, si nombreuses et si variées à la fin des fièvres typhoïdes graves, contribuent au développement du stade amphibole aussi bien que la suppuration des plaques de Peyer.

La fièvre typhoïde évolue quelquefois d'une façon insidieuse; la plupart des symptômes font défaut, les malades continuent à vaquer à leurs occupations, ils vont et viennent comme à l'ordinaire, d'où le nom de forme *ambulatoire*, c'est tout au plus s'ils accusent de la lassitude et un peu de céphalalgie; la température peut même rester normale, en général elle s'élève le soir comme dans la fièvre hectique des tuberculeux. Ces formes latentes sont fort dangereuses, les malades continuent à manger, ils cherchent à dissiper à l'aide d'excitants le malaise et l'affaiblissement qu'ils éprouvent et il n'est pas rare de voir se produire dans ces conditions des perforations intestinales ou d'autres accidents.

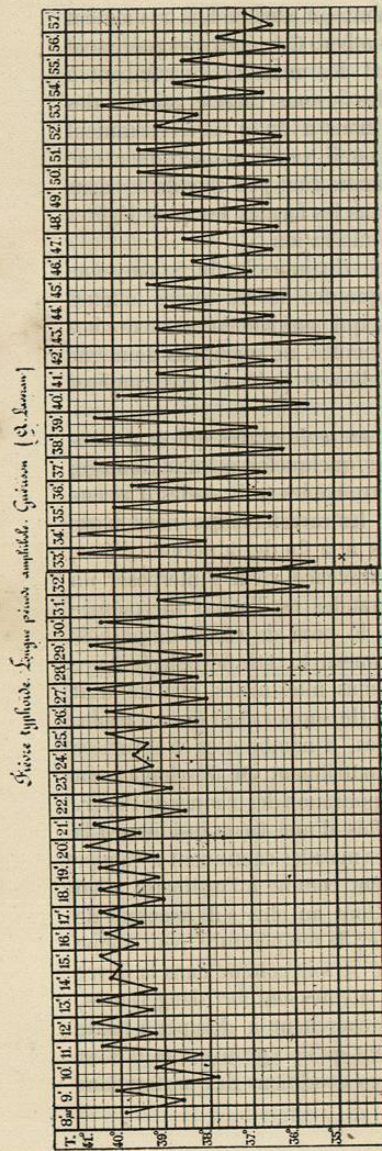
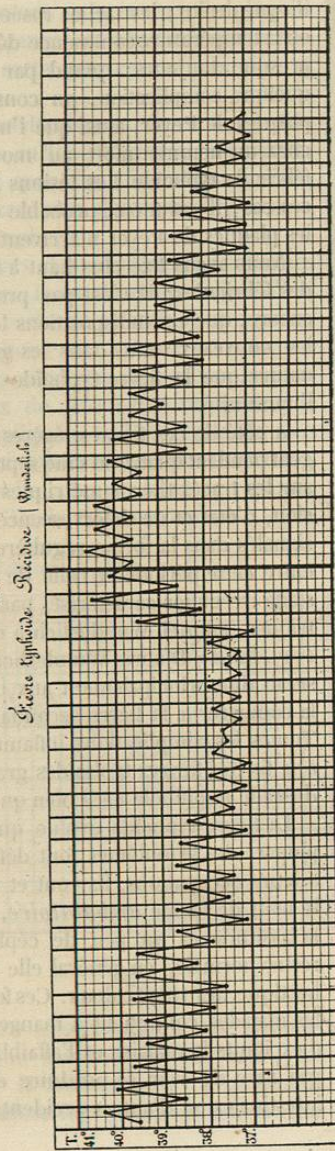
FIG. 4.
× Olliv.

FIG. 5.

ACCIDENTS, COMPLICATIONS.—1° *Complications dépendant des lésions intestinales.* La fréquence des hémorrhagies intestinales s'explique facilement dans une maladie qui s'accompagne constamment d'ulcérations intestinales. L'abondance des *entérorrhagies* est très-variable; le plus souvent le sang a le temps de se transformer dans l'intestin avant d'être éliminé, les selles sont noires, elles ont un aspect de résine ou de goudron caractéristique, c'est le *melena*; quand les hémorrhagies sont abondantes et répétées, le sang éliminé rapidement conserve dans les selles son apparence normale. On a beaucoup discuté sur la valeur pronostique des hémorrhagies intestinales, les uns disant avec Trousseau qu'elles constituaient un signe favorable, d'autres, au contraire, prétendant qu'elles étaient presque toujours mortelles. Lorsque ces hémorrhagies sont peu abondantes et qu'elles s'arrêtent rapidement, elles n'ont aucun inconvénient, il peut même arriver qu'elles hâtent la défervescence, ce qui explique l'opinion émise par Trousseau; mais lorsqu'elles sont très-abondantes et qu'elles continuent malgré les médications mises en usage pour les arrêter, elles peuvent entraîner rapidement la mort, elles jettent en tout cas les malades dans un état d'anémie et de faiblesse qui constitue une dangereuse complication.

L'entérorrhagie est souvent annoncée par l'abaissement de température, la petitesse du pouls et la pâleur de la face, de telle sorte qu'on peut la diagnostiquer avant même que le sang ait été rejeté au dehors.

La péritonite par perforation constitue un des accidents les plus redoutables qui puissent venir traverser la marche de la fièvre typhoïde, elle éclate souvent au moment même où le malade paraît être en bonne voie de guérison et en un instant elle renverse toutes les espérances. Le malade ressent tout à coup une douleur vive dans l'abdomen, le plus souvent dans la fosse iliaque droite, douleur qui se généralise bientôt; le ventre se météorise, il est très-sensible à la pression; des nausées et des vomissements bilieux, porracés, se produisent; il y a de la constipation. En même temps la face se grippe, le pouls devient petit, filiforme; la température s'élève ou bien, au contraire, elle s'abaisse au-dessous de la normale (collapsus); les extrémités se refroidissent et la mort arrive en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Tels sont les symptômes de la péritonite aiguë par perforation chez les individus qui sont en voie de guérison ou qui ont eu des fièvres typhoïdes légères; chez les malades plongés dans l'état typhoïde, la symptomatologie est beaucoup moins