

ration n'est que temporaire, elle dure vingt-quatre, quarante-huit heures au plus; puis la céphalalgie, le malaise reparaissent avec la fièvre, et la maladie prend dès lors les caractères du typhus abdominal. Dans ces circonstances, un diagnostic précoce ne peut être tenté que d'après la constitution médicale régnante, d'après les chances de contagion, l'âge de l'individu, et, si l'on observe dans une grande ville, surtout à Paris, d'après la considération de l'acclimatement. — Un autre mode d'invasion, plus rare encore, simule le début d'une fièvre intermittente; avec ou sans malaise précurseur, la fièvre éclate par un frisson; mais, au lieu d'être continue, elle cesse après quelques heures, et il y a ainsi pendant trois à cinq jours des accès intermittents; dans l'intervalle, le malade conserve de la céphalalgie, de l'abattement, du vertige, des tintements d'oreilles, et ces symptômes peuvent mettre sur la voie du diagnostic; en outre, pendant les accès, la température reste bien inférieure au degré qu'elle atteint dans l'intermittente légitime, elle ne dépasse guère 38 degrés ou 38°,5.

L'invasion SANS PRODROMES peut être tout à fait brusque, en tout cas elle est rapide; la fièvre est le premier phénomène, et vingt-quatre heures suffisent pour faire succéder à un état de santé parfait en apparence, un état de maladie qui rend le séjour au lit impérieusement nécessaire. Cette fièvre peut débiter par un frisson unique et violent, le fait est rare; le plus ordinairement il y a, pendant le premier ou les deux premiers jours, de petits frissons répétés; parfois, enfin, ce phénomène manque tout à fait. Une fois la fièvre allumée, il peut s'écouler quelques jours avant que les phénomènes caractéristiques du typhus soient accusés; pendant cette période douteuse, le diagnostic doit compter avec toutes les maladies à début fébrile brusque; l'examen du malade permet d'éliminer promptement les phlegmasies viscérales, mais il reste le groupe des fièvres éruptives, et si l'on néglige le thermomètre, *il n'est pas possible de se prononcer avant un délai égal au maximum des périodes d'invasion de chacune de ces fièvres*; si l'on pratique une exploration thermométrique régulière, on pourra le plus ordinairement juger de la situation après trente-six ou quarante-huit heures.

Quel que soit le mode d'invasion, le début de la maladie, au point de vue de la supputation des jours, doit être rapporté au moment du frisson, ou à la première élévation thermique; or, quand le frisson manque, cette dernière est quelque temps méconnue; en outre, dans les invasions à prodromes, il est loin d'être toujours possible de retrouver l'instant où la fièvre a commencé; de là, dans bon nombre de cas, une incertitude chronologique qui explique plusieurs assertions contradictoires et qui impose une grande réserve dans l'appréciation des courbes thermométriques.

La description clinique ne peut avoir de meilleure base que l'évolution

même de la lésion anatomique; j'assigne donc à la fièvre typhoïde **deux périodes**: l'une d'INFECTION, qui correspond à la congestion, à l'infiltration et à l'ulcération des plaques; l'autre de RÉPARATION, pendant laquelle les désordres organiques créés par le processus typhique sont réparés dans leur ensemble, comme la lésion intestinale, en particulier, est elle-même cicatrisée. Malgré son nom, cette seconde période a ses dangers, tout comme le stade correspondant du choléra, parce que la réparation peut être incomplète, déviée, ou même provoquer de nouveaux désordres. Cette division correspond exactement aux deux phases principales du cycle fébrile qui caractérise la maladie, et les périodes cliniques présentent naturellement dans leur durée respective les mêmes oscillations que les stades anatomiques; c'est-à-dire que la première période est comprise entre un minimum de quatorze et un maximum de vingt-huit jours, tandis que la seconde oscille entre sept et vingt et un jours.

Première période. Infection. — A partir du moment où la fièvre est établie, elle a les allures d'une subcontinue, et elle persiste ainsi pendant toute la durée de la pyrexie, marquant par sa terminaison le début de la convalescence. Ce fait, pour le dire à l'avance, domine toute la thérapeutique: le patient subit l'influence puissamment dépressive du poison typhique; il est exposé, du fait de la lésion intestinale, à des spoliations diarrhéiques souvent fort abondantes; il est nourri par un sang profondément altéré; il est infecté secondairement par la résorption des produits d'une désassimilation excessive; et par-dessus tout cela, il doit faire les frais d'une consommation fébrile dont la durée minimum est de vingt et un à vingt-cinq jours. On peut donc facilement pressentir le caractère toujours adynamique de la maladie, et que l'indication thérapeutique fondamentale doit être constamment cherchée dans l'état des forces.

Lorsqu'il y a une période prodromique, les premiers symptômes sont constitués par l'exagération de ces phénomènes initiaux; dans les cas contraires, ils apparaissent en même temps que la fièvre prend naissance.

Une CÉPHALALGIE violente, principalement frontale, des tintements et des bourdonnements d'oreilles, parfois de la photophobie, de l'obtusion intellectuelle, un ABATTEMENT RAPIDE, souvent des ÉPISTAXIS de nombre et d'abondance variables, sont les symptômes primordiaux. Il se peut que, dans les deux ou trois premiers jours le malade ait encore assez de force pour se tenir debout ou au moins pour s'asseoir sur son lit, mais même alors le caractère adynamique de la pyrexie apparaît nettement; le patient est aussitôt pris de VERTIGES, il trébuche sur ses jambes, il pâlit, et son habitus extérieur est alors tellement caractéristique qu'il suffit souvent pour déceler la maladie. Dans tous les cas, il y a une sensation pénible de brisement et d'impuissance dans les membres; mais certains individus accusent de véritables douleurs dans les membres inférieurs, dans les

lombes (*forme dile rhumatismale*), et parfois on voit succéder à ces symptômes une paraplégie temporaire ou persistante (*paraplégie précoce* du typhus), qui est due soit à une congestion méningo-spinale, soit à une inflammation véritable (Ferriar, Piorry, Köhler). Ces faits sont plus exceptionnels encore dans la fièvre typhoïde que dans la variole.

Avec la fièvre, la prostration et la douleur de tête, ou peu après, apparaissent les symptômes de l'APPAREIL DIGESTIF. L'appétit est totalement perdu, la soif est vive, le goût est mauvais, fade ou amer, la langue est chargée d'un enduit blanchâtre; elle peut être, dans les tout premiers jours, large, étalée et humide, et montrer même sur ses bords latéraux les empreintes des dents; mais cet état, qui manque souvent, n'est que momentané, et bientôt, dès le quatrième ou le cinquième jour, la langue présente des particularités caractéristiques qui vont s'accroissant toujours plus. Elle se sèche plus rapidement que dans les autres maladies aiguës, elle devient étroite, effilée, en même temps l'enduit épithélial qui la recouvre se détache de la pointe et des bords, de sorte que la partie centrale restée blanche ou blanc-jaunâtre est entourée d'une zone rouge-vif disposée comme un triangle isocèle à base postérieure; dans d'autres cas, c'est au contraire sur le centre de l'organe que l'enduit disparaît, et cette région moyenne tranche comme un V rougeâtre au milieu de la couche blanche.

Il peut arriver que la diarrhée existe dès le début, mais ce n'est vraiment pas la règle, à moins que le malade n'ait pris quelque purgatif; les deux ou trois premiers jours, la constipation est ordinaire, puis les matières deviennent semi-molles et elles ne sont plus moulées; enfin apparaissent les selles liquides, dont la fréquence, variable chez les divers malades, va croissant jusque vers le milieu ou la fin de la seconde semaine. Les matières sont abondantes, fluides, d'une couleur jaune-ocre presque caractéristique; elles ont une odeur très-forte, une réaction alcaline, et forment par le repos deux couches distinctes: la supérieure liquide, renferme beaucoup de sels, des matières extractives provenant de la bile, de l'épithélium, des noyaux libres, des cristaux de phosphate ammoniacomagnésien, et de la graisse sous l'aspect d'une masse finement ponctuée; la couche inférieure, plus consistante, contient, avec des éléments analogues, une quantité de concrétions molles, jaunâtres, constituées par un mélange de graisse, d'albumine, de pigments et de sels calcaires (Simon, Zimmermann). D'après Hallier, les déjections typhoïdes contiendraient en quantité considérable un micrococcus jaune-brunâtre à grosses cellules que la culture artificielle démontre appartenir au *Rhizopus nigricans* d'Ehrenberg, et de plus un micrococcus incolore à petites cellules que la culture permet de rapporter au *Penillidium crustaceum*. Le plus ordinairement le nombre des selles, même dans le moment où elles sont le plus fréquentes, ne dépasse guère six à dix par jour; elles ont lieu sans efforts, ne pro-

voquent aucune douleur; mais dès que la diarrhée existe on peut percevoir par la palpation de la région iléo-cæcale un GARGUILLEMENT plus ou moins prononcé. Ce bruit, qui est produit par le conflit des matières liquides avec les gaz intestinaux, n'a point la valeur diagnostique qui lui a été longtemps assignée; il indique simplement que le malade a ou vient d'avoir la diarrhée.

Il est tout à fait exceptionnel que la lésion de l'intestin donne lieu à des douleurs abdominales spontanées; la pression même est indolore sur la plus grande partie du ventre, mais dans la *fosse iliaque droite* elle suscite une DOULEUR à peu près constante, qui est assez vive pour provoquer une contraction du visage chez les malades déjà plongés dans le coma. Ce symptôme, qui est plus ou moins précoce, peut persister au delà de la seconde semaine, pendant toute la durée de la première période. Avec la diarrhée, avec la douleur iléo-cæcale apparaît un MÉTÉORISME qui doit à sa constance une valeur sémiologique positive. Ce phénomène commence à être appréciable dans les derniers jours de la première semaine, il va croissant pendant la seconde; et quand l'évolution du processus typhique est achevée, il peut subsister, même augmenter encore, au point de constituer, par la gêne qu'il apporte à l'action du diaphragme, un des dangers de la seconde période. Le météorisme est dû à l'atonie des tuniques musculaires de l'intestin; il est en rapport direct avec les progrès de l'étendue de la lésion, comme aussi avec la prostration et l'adynamie du patient; lorsqu'il persiste ou s'accroît encore durant le stade de réparation, il est entièrement imputable à la paralysie intestinale.

Au début, le VOMISSEMENT est rare, sauf dans les cas à prodromes gastriques; il est un peu plus fréquent chez les enfants, mais en somme il ne doit occuper qu'une place secondaire dans la symptomatologie initiale de la maladie. Lorsque les choses marchent régulièrement, le vomissement fait complètement défaut durant toute la première période; quand, par exception, il est observé, il tient ou bien à une simple intolérance pour une boisson ou un médicament, ou bien à un catarrhe gastrique intercurrent, ou bien à l'extension de la lésion typhique dans l'estomac, ou bien enfin à une méningite commençante. Ces deux dernières éventualités sont sans comparaison les plus rares.

Le GONFLEMENT DE LA RATE n'est pas un phénomène initial, mais il est ordinairement appréciable dès le cinquième ou le sixième jour. La rate tuméfiée se développe plutôt dans le sens horizontal que dans le vertical; et si l'on ajoute à cela qu'elle est en même temps ramollie, on conçoit facilement que ce symptôme soit appréciable par la percussion bien plutôt que par la palpation. La tumeur de la rate persiste pendant toute la première période, elle commence à diminuer dès le début de la seconde.

Bon nombre de malades sont affectés dès les premiers jours d'une AN-

GINE CATARRHALE qui occupe principalement les amygdales; comme ces organes sont extrêmement riches en vaisseaux lymphatiques, et que leur structure est fort analogue à celle des glandes de Peyer (Frey), cette détermination ne doit pas être tenue pour une complication fortuite, mais bien pour un des éléments propres du processus typhique. Dans quelques cas, cette angine égare momentanément le diagnostic, parce qu'elle est le premier et, pendant deux ou trois jours, le seul symptôme de la fièvre typhoïde commençante.

Dans l'ordre chronologique habituel, les phénomènes subséquents occupent l'APPAREIL RESPIRATOIRE. La sécheresse des fosses nasales, l'altération plus ou moins marquée de la voix, dénotent le catarrhe des voies supérieures; celui des bronches est révélé par des râles sibilants et ronflants de nombre et d'étendue variables, et par une expectoration rare, visqueuse et spumeuse; la toux est ordinaire, cependant elle peut manquer, et le catarrhe est méconnu si l'on n'a pas soin d'ausculter régulièrement le malade. Cette détermination bronchique vient puissamment en aide au diagnostic, soit qu'il s'agisse de décider entre une fièvre typhoïde et un *catarrhe gastro-intestinal*, soit qu'il s'agisse de fixer la signification véritable d'un *typhus très-léger* qui s'écarte, par cette bénignité même, du tableau ordinaire de la maladie. Il importe toutefois de ne pas exagérer l'importance de ce phénomène; le catarrhe bronchique peut exceptionnellement faire défaut dans la fièvre typhoïde la mieux caractérisée; et, d'un autre côté, un catarrhe intestinal peut coïncider avec un catarrhe bronchique sans que le typhus soit en cause; le fait est fréquent dans l'*influenza* ou *grippe*; c'est alors d'après l'état général, d'après les désordres des fonctions cérébrales, d'après les caractères thermiques de la fièvre, que le diagnostic doit être posé.

L'intensité des déterminations broncho-pulmonaires varie considérablement chez les divers individus et dans les diverses épidémies; j'ai dit que ce catarrhe peut manquer, le fait est très-rare; ailleurs il est si peu accusé qu'il affirme simplement sa présence pendant quelques jours sans modifier en rien l'état du malade; le plus souvent il a une intensité moyenne, il marche de pair avec les phénomènes abdominaux et les cérébraux, et le pronostic doit prendre en égale considération ces trois ordres de symptômes; c'est là vraiment la forme régulière, la *forme commune* de la fièvre typhoïde; ailleurs enfin, les déterminations pulmonaires sont tellement étendues, tellement graves, qu'elles dominent la situation; par une sorte de compensation, les accidents abdominaux sont moins prononcés que dans les cas ordinaires, les désordres cérébraux sont peu accentués, et ils sont le résultat du défaut d'hématose; enfin le pronostic est entièrement fondé sur l'état de l'appareil respiratoire et sur l'imminence de l'asphyxie; c'est là ce que bon nombre d'auteurs ont appelé la *FORME THORACIQUE*, encore bien qu'il s'agisse tout simplement

d'une prédominance symptomatique, et non pas d'une forme morbide dans le sens traditionnel du mot.

Dans le même temps, c'est-à-dire vers la fin de la première semaine ou le commencement de la seconde, apparaissent les *DÉSORDRES CÉRÉBRAUX ET NERVEUX*; la précocité, le degré de ces symptômes sont variables, mais leur existence est constante dans les formes communes de la maladie. Une assertion contraire a été émise, due à la synonymie erronée qui a été établie entre les termes *symptômes cérébraux* et *délire*; sans doute il est des malades qui arrivent au terme de leur pyrexie sans avoir eu le délire, mais ils n'en ont pas moins présenté certains phénomènes cérébro-spinaux dont il faut tenir compte. En fait, les *douleurs* dorso-lombaires, les douleurs des membres, les *cauchemars* qui troublent ou empêchent le sommeil, l'*indifférence* pour les personnes et les choses, l'*apathie intellectuelle*, la *lenteur des réponses*, voilà des symptômes constants, imputables au dérangement des fonctions cérébro-spinales, dont ils sont les premiers effets. Un peu plus tard, du septième au dixième jour dans les cas d'intensité moyenne, apparaît le *DÉLIRE*. Dans sa forme la plus ordinaire, ce n'est d'abord qu'un délire doux, tranquille, monotone, souvent nocturne. Pendant le jour, le malade est dans la somnolence; il sort de cet état s'il est interpellé, et fait le plus souvent des réponses raisonnables; mais vers le soir il commence à marmotter des paroles incohérentes, il s'agite, et ce subdélirium persiste jusqu'au matin; à ce moment, un sommeil de courte durée met souvent fin au trouble de l'idéation, et une fois réveillé, le patient retombe pour la journée dans la somnolence tranquille de la veille, ou tout au moins dans un état de *stupeur* (τύφος) qui a valu son nom à la maladie. A un degré plus accusé, les réponses obtenues sont justes en ce sens qu'elles correspondent bien à la question posée, mais elles ne sont plus exactes, notamment en ce qui concerne les temps et les lieux; il est digne de remarque que le malade a conscience de cette amnésie, et que ce sentiment ajoute grandement au trouble et à la confusion de ses idées. Dans d'autres cas, qui appartiennent encore aux formes communes, les perceptions ou les conceptions délirantes sont assez puissantes pour provoquer des réactions motrices, et au délire verbal se joint un *délire d'action* qui nécessite une surveillance rigoureuse ou même l'emploi des moyens de coercition.

La précocité et la vivacité de ce délire ne sont pas seulement subordonnées à l'intensité du processus typhique, elles le sont aussi à l'individualité du patient; les sujets débilités, anémiques, à système nerveux impressionnable, les femmes hystériques, présentent un délire plus prompt et plus bruyant que les sujets de conditions opposées; ce fait, qui n'est pas sans importance pour l'interprétation pathogénique de ces accidents, est observé dans toutes les maladies aiguës. — Le délire qui vient d'être décrit est de beaucoup le plus commun; il dure ordinairement, avec des

oscillations diverses, jusqu'au milieu ou à la fin de la troisième semaine, c'est-à-dire jusqu'aux premiers jours de la période de réparation.

Plus rarement le délire a le caractère du *délire furieux*; l'idéation, la parole, l'action, tout est désordonné : sous le coup d'impulsions irrésistibles, le malade est un danger pour lui-même et pour ceux qui l'entourent; il crie, il se débat, ses yeux sont hagards et brillants, sa face est rouge, d'une expression sauvage, et les accidents arrivent parfois à une telle violence qu'ils reproduisent fidèlement le tableau de la manie aiguë. Lorsque ce délire violent est très-précoce et continu, lorsqu'il coïncide avec une température très-élevée, à rémissions faibles, les phénomènes abdominaux et thoraciques sont peu prononcés, et cette manière d'être de la maladie constitue la **forme ataxique**, laquelle peut aboutir très-promptement au collapsus et à la mort (voyez fig. 74 et 75).

Avec les troubles de l'idéation coïncident souvent d'autres PHÉNOMÈNES NERVEUX, savoir les soubresauts de tendons, la convulsion passagère des muscles de la face, le grincement de dents, le tremblement des jambes, les secousses momentanées de tout le corps, des contractures partielles dans les membres, bien plus souvent dans les muscles cervico-dorsaux. Ces symptômes spasmodiques ne manquent jamais totalement lorsque le délire est violent, et ils complètent le tableau de la forme ataxique; en revanche, ils sont fort peu accentués et souvent nuls dans les formes communes, à subdelirium ou à délire tranquille. Dans quelques cas rares, on observe l'inégalité des pupilles ou le strabisme; si ces phénomènes sont isolés, ils n'ont aucune signification particulière; mais s'ils coïncident avec du ptosis, des contractures générales, des vomissements, ils doivent être tenus pour les signes d'une méningite commençante.

La genèse de ces symptômes cérébro-spinaux n'est pas complètement élucidée; mais on sait du moins que, dans l'immense majorité des cas, ils ne dépendent ni d'une inflammation, ni d'une hyperémie des centres nerveux; ils sont la résultante de causes multiples, action nocive du sang infecté, altération de la nutrition interstitielle, influence de la chaleur anormale, trouble de l'hématose, toutes conditions qui modifient l'excitabilité des éléments nerveux, et qui trouvent, au bout de quelques jours, un puissant auxiliaire dans l'affaiblissement et l'anémie produits par la consommation fébrile. On conçoit l'importance de cette interprétation pathogénique pour la direction du traitement. — Pour les accidents cérébraux de la seconde période, il convient d'être un peu moins absolu, et cependant même alors les lésions méningo-encéphaliques sont si exceptionnelles que, sur 18 autopsies, Griesinger n'en a observé que huit cas.

L'URINE a les caractères de l'urine fébrile; elle est rare, foncée en couleur, de réaction presque toujours acide, riche en urée, en urates, en matières extractives et colorantes, très-pauvre en chlorures. L'augmenta-

tion de l'urée et des urates tient à la consommation fébrile des tissus; la diminution des chlorures est imputable au défaut d'ingestion de chlorure de sodium et surtout aux pertes qui ont lieu par les sueurs et par les selles. Ces caractères fondamentaux persistent durant toute la première période, et on les retrouve au début de la seconde, si la fièvre reste forte; cependant, d'après Zimmermann, l'augmentation de l'acide urique serait moins durable que celle de l'urée. — Dans bon nombre de cas, l'urine contient de l'indigo urinaire (*uroglauçine*), et souvent en assez grande quantité pour que la simple addition d'acide chlorhydrique en détermine l'apparition; mais il n'y a aucune relation entre la présence ou l'absence de ce produit et la marche ou la gravité de la maladie. — La proportion des phosphates varie sans doute dans les différents cas, car des observateurs également compétents en ont noté, les uns, l'augmentation, les autres, la diminution; dans cette situation, il me paraît difficile de regarder la diminution des phosphates comme un signe pathognomonique de la maladie (Primavera et Prudente). — Frerichs et Stædeler ont signalé la leucine et la tyrosine, et d'après les observations de Griesinger, la présence de ces corps est constante dans les cas graves. — Souvent l'urine renferme du mucus, de l'épithélium vésical par suite d'un état catarrhal de la vessie, et par exception elle contient du sang provenant des voies urinaires inférieures ou des reins (Ogle). — Enfin, dans un tiers des cas environ, l'urine est albumineuse. Cette *albuminurie* n'a par elle-même aucune signification précise; c'est d'après sa durée et d'après les éléments microscopiques de l'urine qu'on peut en fixer la valeur pronostique, et en saisir la cause, congestion rénale, néphrite catarrhale, néphrite parenchymateuse; cette dernière est tout à fait exceptionnelle.

Ainsi constitué, vers la fin du premier septénaire, par une fièvre subcontinue (dont je préciserai bientôt les caractères), par un catarrhe intestinal, par le gonflement de la rate et le météorisme, par la fluxion bronchique, par la stupeur, par des désordres nerveux plus ou moins accusés, et par un état général sérieux, le typhus abdominal achève de se caractériser par une éruption exanthématique, qui débute en général du septième au neuvième jour.

L'EXANTHÈME OU ROSÉOLE TYPHOÏDE est représenté par des taches rosées de la grandeur d'une lentille (*taches rosées lenticulaires*), sans saillie notable, et qui s'effacent complètement par la pression pour reparaitre immédiatement après. L'abondance de l'éruption est variable; elle peut être bornée à quelques taches rarement disséminées sur le ventre, sur la base de la poitrine, la face interne des cuisses ou la région interscapulaire; dans d'autres cas, elle occupe toutes ces régions à la fois, peut même s'étendre aux membres supérieurs; et dans deux faits que j'ai observés, l'un à l'hôpital Saint-Antoine, l'autre à la Maison municipale de santé, l'exanthème était tellement généralisé et tellement nombreux