

Fig. 78.
Fièvre typhoïde: défervescence brusque du 13^e au 14^e jour.
Homme de 20 ans.

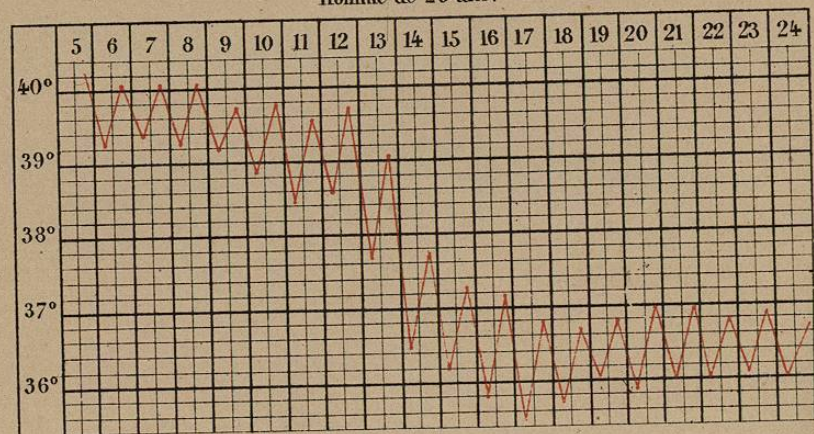
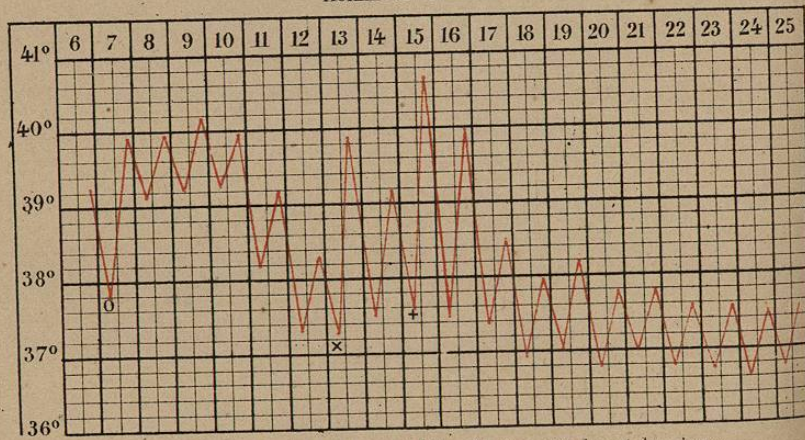


Fig. 79
Fièvre typhoïde: forme abortive. Défervescence brusque du 11^e au 12^e jour.
Homme de 18 ans.



o Rémission du 7^e jour. - x, un œuf. - + une côtelette; febris carnis durant deux jours.

le peu de durée est inconciliable avec l'évolution complète de la lésion anatomique; de là le nom très-juste de *typhus abortif*, qu'a proposé mon ami Lebert, et qui est généralement adopté. Le début est celui de la fièvre typhoïde à invasion brusque, rarement il y a de la céphalalgie un jour ou deux avant la fièvre; celle-ci présente les mêmes caractères thermiques que dans le typhus commun, fait de majeure importance pour l'interprétation nosologique de ces formes; il y a une diarrhée modérée, du météorisme, du gonflement de la rate, parfois des épistaxis et un léger catarrhe bronchique, *l'exanthème rosé est fréquent*, sauf dans les cas extrêmement rapides; l'urine peut être temporairement albumineuse (Griesinger), puis du septième au quatorzième jour « la maladie tourne court, se comportant à l'égard du typhus abdominal comme la variole à l'égard de la variole » (Jaccoud). La chute de la fièvre, qui est le signal de la guérison, coïncide très-ordinairement avec des sueurs abondantes; il n'y a pas de période de réparation, et à peine de convalescence (voy. fig. 79, 80, 81, 82). Je n'ai pas observé la défervescence avant le septième jour, mais Griesinger l'a vue une fois au cinquième.

Il est possible, mais non démontré, que dans les formes abortives l'altération intestinale soit bornée à l'infiltration des glandes, et que la résorption remplace la nécrose et l'élimination consécutives. — Je reviens à la fièvre typhoïde commune, dont j'ai conduit l'étude jusqu'au moment de la convalescence.

Convalescence. Suites. — La durée de la convalescence est fort variable, elle dépend de la gravité, de la longueur de la fièvre, de la présence ou de l'absence des accidents graves de la période de réparation; cependant, même après les formes courtes et les légères, cette phase intermédiaire qui s'étend de la maladie à la santé dure au moins de dix à quinze jours; même dans ces cas-là, l'atteinte portée à l'organisme a été si profonde que la restauration des tissus et la reconstitution des forces ne peuvent être que l'œuvre du temps. J'ai déjà signalé l'appétit vraiment formidable des convalescents et leur infinie susceptibilité à l'endroit des écarts de régime, des refroidissements, des émotions morales, des fatigues de tout genre; ces dispositions qui sont constantes créent un danger facilement évité par une rigoureuse sollicitude. Pour ce qui est entre autres des accidents d'indigestion, ils sont aisément prévenus si l'on a soin de graduer lentement l'alimentation, et, toutes choses égales d'ailleurs, ils m'ont paru beaucoup moins fréquents et moins graves chez les individus qui n'ont pas été soumis à une diète complète pendant leur maladie. Dans les conditions opposées, on voit souvent survenir, au moment de la défervescence ou au début de la convalescence, un délire secondaire, *délire tardif*, qui peut avoir toute la vivacité du délire initial, et qui a plus d'une fois donné lieu à une faute grave de thérapeutique. Ce délire est imputable à l'anémie cérébrale; c'est un véritable

Fig. 80.

Fièvre typhoïde: forme abortive. défervescence au 10^e jour. — Homme de 24 ans.

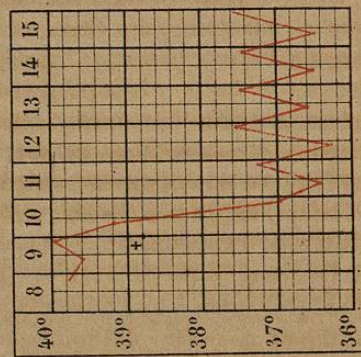


Fig. 81.

Fièvre typhoïde: forme abortive. défervescence du 8^e au 10^e jour. Homme de 22 ans.

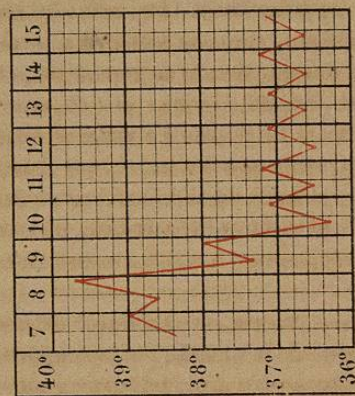
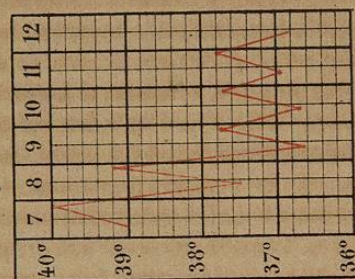


Fig. 82.

Fièvre typhoïde: forme abortive. défervescence au 7^e jour. — Homme de 26 ans.



délire d'inanition, qui disparaît en quelques heures si l'on a soin d'obéir à l'indication pathogénique, et de prescrire une alimentation légère, mais animale.

Quelque médiocre qu'elle soit, la première ingestion de nourriture animale (œufs ou viande) provoque une élévation momentanée de température, véritable *febris carnis*, qui, chez les sujets impressionnables, peut atteindre une hauteur de trois degrés et une durée de deux jours (1). L'alarme serait grande si l'on ne connaissait ce phénomène sans gravité d'ailleurs.

Il s'en faut, et de beaucoup, que les choses prennent toujours une tournure favorable; la chute de la fièvre, qui signale le début de la convalescence, ne met point un terme au péril; cette période dernière a ses dangers et ses morts, que déterminent les suites de la maladie.

En raison même de sa durée, de l'adynamie qui la caractérise, la fièvre typhoïde produit très-fréquemment, dans sa seconde période, des ESCHARES à la région lombo-sacrée, sur les trochanters, aux talons, sur tous les points qui ont été soumis à une pression constante; lorsque ces nécroses sont peu étendues et superficielles, le travail d'élimination et de réparation prolonge et assombrit la convalescence sans en changer la terminaison; mais, dans les conditions opposées, l'eschare peut tuer, et cela de plusieurs manières: la gangrène gagne en profondeur et produit d'irréparables désordres dans le canal vertébral; — la suppuration qui accompagne et suit l'élimination épuise le malade, qui succombe avec une fièvre hectique; — le pus ou les particules altérées de la plaie pénètrent dans le sang, et le patient est tué par *pyémie* ou par *septicémie*.

Les ACCIDENTS LARYNGÉS peuvent acquérir dans la convalescence leur intensité la plus grande, et tuer par *œdème glottique*.

(1) Voyez figure 70, vingt-cinquième jour; — figure 71, vingt-huitième jour; — figure 79, treizième, quinzisième et seizième jours.

Ce dernier tracé serait regardé bien à tort comme anormal, si l'on ne tenait compte de l'influence de l'alimentation; qu'on retranche les ascensions épisodiques qui ont passagèrement troublé la convalescence, à partir du matin du treizième jour, et l'on aura au contraire un tracé d'une régularité parfaite, présentant, avec une rémission type au septième jour, un stade d'oscillations stationnaires d'une remarquable uniformité.

On observe assez souvent, au début de la convalescence et pendant plusieurs jours, une véritable *température de collapsus*; le thermomètre se maintient aux environs de 36 degrés, tantôt soir et matin, tantôt le matin seulement (voy. fig. 77 et 78). Je n'ai pu saisir aucun rapport entre ce phénomène et la gravité de la maladie, il m'a paru plutôt en relation avec la débilité naturelle du sujet. En revanche, ce n'est que dans les cas graves et de longue durée que j'ai observé, après le collapsus initial de la convalescence, une période d'oscillations thermiques ramenant des chiffres fébriles, en l'absence de toute cause pathologique appréciable (voy. fig. 72).

C'est alors aussi qu'apparaît parfois la GANGRÈNE DES MEMBRES INFÉRIEURS(1) par obturation de l'une des artères principales; en raison de son origine, cette gangrène est sèche et momifiante; ces caractères sont moins accusés lorsque l'occlusion des veines coïncide avec celle des artères, ainsi que cela avait lieu dans le cas de Masserell. La nécrose remonte plus ou moins haut, selon le siège de l'obstruction, qui peut occuper l'iliaque externe; elle est ordinairement unilatérale, cependant on conçoit qu'elle puisse être double, et le fait de Pachmayr réalise cette conception: les deux crurales étaient obturées au niveau de l'origine des fémorales profondes. Cette gangrène a plusieurs fois nécessité l'amputation, et je ne connais pas d'exemple de guérison.

Après le début de la convalescence, après la cicatrisation des ulcères intestinaux (ainsi qu'on le constate à l'autopsie), le malade peut être pris de fièvre, de diarrhée sanguinolente, avec douleurs intestinales vives, et il est tué par une COLITE ULCÉREUSE plus intense parfois au niveau de l'S iliaque que partout ailleurs, et qui, dans quelques cas rares, peut aboutir à la perforation du gros intestin. Cette suite de la fièvre typhoïde n'est pas fatalement mortelle; et dans les cas où elle guérit, elle a été prise plus d'une fois à tort pour une réversion de la maladie première.

C'est pendant les premiers jours de la convalescence qu'il faut redouter la MORT SUBITE. Mon élève et excellent ami Dieulafoy, qui a fait connaître cette éventualité, attribue la mort à une excitation réflexe qui, partie de l'intestin, gagnerait le mésocéphale et les racines du nerf vague et des autres nerfs respirateurs. Les observations de Hayem établissent que la dégénérescence graisseuse du cœur est, dans ces cas-là, la véritable cause de la mort.

Une mort rapide ou lente peut être causée par une EMBOLIE PULMONAIRE dont l'origine est ordinairement une *thrombose crurale*, plus rarement une *thrombose des sinus* cérébraux. Ces caillots veineux marastiques apparaissent de la quatrième à la sixième semaine.

(1) BOURGEOIS, *Sur la gangrène des membres dans la fièvre typhoïde* (Arch. gén. de méd., 1857). — LANGE, *Grangrën der Geschlechtstheile beim Typhus* (Deutsche Klinik, 1860). — GIGON, *Note sur le sphacèle et la gangrène spontanée dans la fièvre typhoïde* (Union méd., 1861). — BOURGEOIS, *De la gangrène typhoïde (Eodem loco)*. — BÉHIER, GIGON, BOURGEOIS, *Même sujet (Eodem loco)*. — BOURGUET, *Obs. de gangrène spontanée de la jambe à forme sèche consécutive à une fièvre typhoïde. Embolie de l'artère tibiale postérieure* (Gaz. hebdom., 1861). — TROUSSEAU, *Clinique méd.* — PATRY, *De la gangrène des membres dans la fièvre typhoïde* (Archiv. gén. de méd., 1863). — MASSERELL, *Fall von spontaner Gangrën nach Abdominaltyphus* (Archiv f. klin. Med., 1869). — PACHMAYR, *Verhandl. der phys. med. Gesells. in Würzburg*, 1869.

CAUVY, *F. typhoïde, gangrène de la jambe* (Montpellier méd., 1871).

BOURDEAU, *Gangrène spontanée des extrémités inf. dans le cours d'une f. typhoïde* (Arch. méd. belges, 1874).

Les suites que je dois mentionner encore pour compléter cet exposé ne sont pas aussi funestes; cependant, s'il en est dans le nombre qui peuvent guérir sans laisser de traces, d'autres sont persistantes et infligent au patient qu'a épargné le typhus, ou une maladie incurable ou un état d'infirmité qui l'enlève à la vie commune.

Indépendamment des œdèmes mécaniques que provoquent nécessairement les thromboses veineuses dont il a été question, les convalescents sont parfois atteints d'HYDROPSIES sous-cutanées ou viscérales, qui sont indépendantes de toute altération cardiaque ou rénale, et qui appartiennent bien évidemment à la classe des cachectiques. Cet accident est de médiocre importance, il guérit sous l'influence de la médication tonique.

La convalescence peut être troublée par le développement de PUSTULES d'ecthyma, de FURONCLES ou d'ABCÈS SOUS-CUTANÉS. Quelquefois ces supurations multiples achèvent l'épuisement du malade et le tuent soit par elles-mêmes, soit parce qu'elles coïncident avec des productions viscérales de même nature (*abcès de la rate, abcès du foie*; — *pyémie secondaire* de plusieurs auteurs); mais le plus souvent cette disposition pyogénique est bornée aux manifestations extérieures, et elle ne constitue qu'un épisode passager de la convalescence, qui prend même dès lors une allure plus franche et plus rapide. Chez les jeunes sujets, et principalement chez les enfants, il n'est pas rare d'observer la résorption complète des abcès sous-cutanés, qui ne doivent en conséquence être ouverts qu'à la dernière extrémité. — C'est également chez les enfants et les jeunes gens qu'on observe parfois la *luxation de la hanche*, attribuée par Roser, qui l'a signalée, à l'hydropisie de l'articulation et au relâchement de la capsule.

Lorsque la convalescence est assez avancée pour que le malade commence à quitter son lit, on constate, dans quelques cas, l'existence de PARALYSIES partielles dont l'origine n'est pas toujours la même. Lorsqu'elles affectent la forme de paraplégie, ce qui est le cas ordinaire, elles sont imputables ou à une congestion passive, ou à l'infiltration œdémateuse de la moelle et de ses membranes, ou bien encore à l'épuisement persistant des organes d'innervation; mais dans d'autres circonstances l'inertie motrice n'a pas de distribution régulière, elle ne porte que sur certains muscles, et il convient d'y voir l'effet d'une altération des muscles eux-mêmes, d'une véritable *myosite*; celle-ci débute dans le cours même du typhus, et, avant de produire la dégénérescence qui cause l'akinésie de la convalescence, elle s'est traduite par des douleurs, de la roideur ou du tremblement. Il est tout à fait exceptionnel que ces désordres de la motilité persistent à un degré quelconque.

Il n'en est pas de même des troubles dans les FACULTÉS SUPÉRIEURES: l'affaiblissement de la *mémoire*, la lenteur des *perceptions*, la difficulté de

l'idéation, l'embarras de la *parole*, qui sont souvent des suites momentanées de la fièvre typhoïde, peuvent en être des effets définitifs; ce triste résultat est surtout observé chez des enfants et des jeunes gens, et l'abaissement de l'intelligence, croissant par le défaut d'exercice, peut arriver à un degré voisin de l'*imbécillité*. Plus rarement on voit survenir, dans le cours de la convalescence, une folie temporaire qui affecte la forme du *délire maniaque*.

Lorsque la SURDITÉ ne reconnaît pour cause qu'un trouble fonctionnel, elle disparaît promptement; mais lorsqu'elle dépend d'une otite, elle est subordonnée à l'évolution de cette dernière, et comme des lésions irréparables sont parfois produites dans l'oreille moyenne ou interne, la surdité incomplète ou complète peut être définitive.

La NÉPHRITE BRIGHTIQUE est une des suites les plus rares; elle se révèle dès la convalescence par la persistance de l'albuminurie et l'apparition d'un œdème, qui contraste, par son siège et sa fixité, avec les hydropisies cachectiques dont il a été question.

La fièvre typhoïde précipite la marche de la TUBERCULOSE chez les individus déjà atteints, mais je ne connais aucun fait qui démontre qu'elle peut provoquer la *formation tuberculeuse*; en revanche, elle peut amener la caséification du poumon et la PHTHISIE, par suite de la persistance et de l'évolution mauvaise des foyers lobulaires; cette modalité pathogénique est la même que dans la rougeole, mais elle est bien plus rarement réalisée.

Rechutes. Réversions. Récidives. — Dans la période de réparation, alors qu'une amélioration notable est déjà certaine, ou bien dans le début de la convalescence, alors que la fièvre a cessé depuis plusieurs jours, la situation du malade peut être soudainement aggravée par le retour de quelques-uns des accidents sérieux des phases précédentes; cette aggravation, cette recrudescence est souvent causée par un écart de régime, par une fatigue, par le développement de quelque complication; ailleurs elle se montre sans cause appréciable; mais ce qui est certain, c'est qu'elle n'est pas l'expression d'un second processus typhique, car si le malade succombe, on trouve des lésions intestinales en réparation plus ou moins avancée, mais on ne constate aucune altération récente des glandes ni des ganglions. Il n'y a donc, dans ces cas-là, qu'une aggravation momentanée ou définitive, une RECRUESCENCE qui peut être provoquée par les causes les plus diverses; il n'y a pas une rechute. Ce mot et son synonyme réversion doivent être réservés pour les cas plus rares où la maladie se développe de nouveau, *ab ovo et in toto*, après un intervalle de convalescence qui ne laisse pas de doute sur la guérison parfaite de la première atteinte.

La RECHUTE ou RÉVERSION débute de huit à trente jours après la terminaison du cycle fébrile; elle ramène au complet et dans leur ordre normal tous les phénomènes de la fièvre typhoïde, *y compris l'exanthème rosé* et la tumeur de la rate; mais l'intensité des accidents est généralement

moindre que dans la première attaque, et la durée est plus courte, la chute définitive de la fièvre ayant lieu au milieu ou à la fin de la seconde semaine. La figure 73 montre une réversion survenue au bout de douze jours et terminée quinze jours plus tard. La guérison est la règle; quand la mort a lieu, elle est rarement amenée par une complication, elle résulte de la gravité des phénomènes intestinaux et de l'adynamie, plus souvent encore d'une hémorrhagie ou d'une perforation de l'intestin. A l'autopsie on trouve, à côté des lésions réparées de la première attaque, les altérations récentes du second processus. Ces rechutes, dont l'explication est encore à trouver, sont en somme assez rares; on peut n'en pas observer une seule durant plusieurs épidémies, puis dans une autre on en voit un nombre relativement assez grand.

Dans la terminologie étrangère, le terme récidive est synonyme de rechute et réversion; en France, on le réserve pour désigner la seconde attaque d'une maladie, séparée de la première par un intervalle de plusieurs mois ou de plusieurs années. Ainsi entendue, la RÉCIDIVE de la fièvre typhoïde est beaucoup plus rare que la réversion; l'immunité résultant d'une première atteinte est plus solide même que celle des fièvres éruptives.

DIAGNOSTIC (1).

Dans sa période d'invasion, période fort souvent douteuse, le typhus abdominal peut être confondu avec un catarrhe gastrique fébrile, avec l'une quelconque des fièvres éruptives, surtout la rougeole, enfin avec la granulose aiguë. Ces diagnostics ont été présentés à l'occasion de chacune de ces maladies, je n'y reviens que pour rappeler encore l'attention sur les *cas exceptionnels* que j'ai signalés, et dans lesquels la fièvre typhoïde atteint le fastigium thermique dès le second ou le troisième jour (voyez fig. 71); dans les faits de ce genre, le jugement est privé d'un de ses moyens les plus sûrs.

(1) THIRIAL, *Mémoire sur quelques difficultés de diagnostic dans certaines formes de fièvre typhoïde, et notamment dans la forme dite pectorale* (Union méd., 1851-1852). — FORGET, *Sur le diagnostic de la fièvre typhoïde* (Union méd., 1852). — DIETL, *Zur Diagnose und Therapie des Typhus* (Wiener med. Wochen., 1855). — OPPOLZER, *Zur Diagnostik und Therapie des Typhus* (Wiener med. Wochen., 1857). — PRIMAVERA, *Ann. di Chimica applicata alla Medicina*, 1863. — DRESSLER, *Ein Fall von Typhus mit problematischer Diagnose* (Prager med. Wochen., 1864). — PALM, *Ueber die Verschiedenheit des exanthematischen und abdominalen Typhus*. Bonn, 1868. — CARRET, *Diagnostic de la fièvre typhoïde à son début, et de l'influence de cette maladie sur la grossesse*, thèse de Paris, 1867.

SAUERWALD, *Gleichzeitiges Auftreten von Abdominaltyphus und Dysenterie bei demselben Individuum* (Deutsche Klinik, 1870).

LATHAM, *On the diagnosis of typhoid fever in its early stages* (The Lancet, 1872).

Le **typhus exanthématique** (1) présente à tous les points de vue, causes, anatomie pathologique, symptômes, marche et durée, des caractères différentiels tranchés, en présence desquels on conçoit difficilement qu'on ait pu soutenir l'identité des deux maladies.

Les seules CAUSES positives du typhus exanthématique sont l'encombrement, le défaut d'aération et les mauvaises conditions hygiéniques; ces causes sont à leur maximum de puissance lorsqu'elles sévissent sur des individus qui sont sous le coup d'un état moral pénible; de là, la fréquence et le développement épidémique de la maladie dans les prisons, dans les camps, dans les villes assiégées, sur les navires de guerre; de là, aussi l'endémie des classes pauvres de l'Irlande. — Les propriétés contagieuses sont infiniment plus marquées que dans la fièvre typhoïde, et le développement spontané, en dehors des causes précitées, n'est point démontré. — Les conditions de saison, d'acclimatement et d'âge n'ont point la même influence étiologique que dans le typhus abdominal. — Les récidives sont moins rares que dans ce dernier.

Les LÉSIONS sont le plus souvent nulles dans l'appareil gastro-intestinal; lorsque ces organes sont altérés, ils ne présentent que des ecchymoses, une infiltration sanguine générale de la muqueuse (dans la forme hémorrhagique), parfois un catarrhe intense de l'iléum avec ou sans tuméfaction des glandes mésentériques, mais le processus sur les glandes et les plaques de l'intestin fait défaut. En revanche, les lésions encéphaliques, sans être constantes, sont beaucoup plus fréquentes que dans la fièvre typhoïde; elles consistent en une hyperémie considérable du cerveau et des méninges, et il n'est pas rare d'observer des hémorrhagies arachnoïdiennes. Les altérations de la rate, de l'appareil respiratoire et du cœur sont les mêmes dans les deux maladies, mais elles sont plus prononcées et plus précoces dans le typhus exanthématique.

L'INVASION est souvent brusque et toujours rapide; dès le second ou le troisième jour, la fièvre atteint son acmé, qui dépasse ordinairement 40°; l'ascension est donc continue et non plus graduelle. — Les SYMPTÔMES de prostration, stupeur et délire ne sont pas moins précoces; après quarante-huit, soixante-douze heures, le patient peut être dans l'état grave que la fièvre typhoïde ne produit d'ordinaire que vers la fin du second septénaire. Les phénomènes cérébraux et l'adynamie sont souvent les seuls symptômes; lorsqu'il y a des accidents abdominaux, ils sont plus tardifs, et alors même qu'il y a de la diarrhée et des douleurs intestinales, le météorisme fait défaut dans bon nombre de cas. Du deuxième au cinquième jour, ordinairement le troisième, apparaît un *exanthème morbilliforme*,

(1) Typhus pétéchial; — typhus tachelé; — typhus févèr; — typhus d'Irlande, des camps, des prisons; — typhus nerveux.

Voy. le chapitre suivant.

JACCOUD, — Path. int., 6^e édit.

II. — 53