

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 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 dite 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 conerétions 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 *Penillium 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 *stupéur* (*τῆφος*) 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 (*uroglauine*), 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

qu'il simulait rigoureusement celui d'une rougeole discrète. Pour peu qu'elle soit abondante, l'éruption n'est pas produite en bloc, elle a lieu par poussées successives dont la durée individuelle est de trois à six jours; les taches pâlisent et s'effacent en laissant une légère pigmentation grisâtre, et l'on n'en observe pas de nouvelles après le vingtième jour. Des assertions contradictoires ont été émises touchant le rapport qui existe entre l'abondance de l'éruption et la gravité de la maladie; pour moi, je n'hésite pas à formuler la proposition suivante: la fièvre typhoïde est d'autant moins grave, ou, pour dire plus exactement, elle aboutit d'autant plus sûrement à la guérison que la roséole est plus abondante. Je n'entends point impliquer par là une compensation entre le processus cutané et le processus intestinal, c'est de l'hypothèse pure; je veux simplement constater un rapport empirique qui n'est démenti par aucune de mes observations depuis douze années.

Il est extrêmement rare que l'éruption rosée manque entièrement: aussi a-t-elle une valeur diagnostique considérable; elle n'est pourtant pas un signe pathognomonique, et pour deux raisons: elle peut faire défaut, et elle survient comme phénomène exceptionnel dans la granulose aiguë.

Dans certains cas relativement rares, on observe avec la roséole, ou un peu avant elle, une éruption de taches plus larges, de couleur gris-ardoisé, ne s'effaçant pas par la pression, et dont l'abondance est fort variable. Ces taches, connues sous les noms de *taches bleues*, *pigmentaires*, *ombrées* ou *ardoisées*, apparaissent indifféremment dans les cas graves et dans les cas légers; elles sont sans importance pour le pronostic, et n'ont pas plus de valeur au point de vue diagnostique, car je les ai retrouvées dans la fièvre intermittente et dans la dysentérie.

Toutes les fois que le malade a des sueurs abondantes, il présente une éruption de vésicules miliaires blanches ou sudamina, qui occupent surtout les aines, les aisselles, les parties latérales du cou et du tronc; comme les sueurs sont très-rares avant la fin du premier septénaire, ces vésicules coïncident ordinairement avec les taches rosées; en raison même de leur genèse, elles n'ont aucune signification particulière.

Il n'en est pas de même d'une quatrième éruption constituée par des *taches de sang* ou *pétéchies* (*fièvre pétéchiale* des anciens) plus ou moins abondantes. Ces macules ne sont pas modifiées par la pression, parce qu'elles sont dues à une extravasation hémorragique ou pseudo-hémorragique; lorsqu'elles apparaissent tardivement vers la fin de la première période ou le commencement de la seconde, elles sont le signe certain d'un péril imminent; elles démontrent en effet, ou bien que la nutrition des capillaires est tellement compromise qu'ils ne peuvent plus résister à la pression du sang, ou bien que le sang est altéré au point de produire une transsudation colorée en rouge par l'hématine dissoute (sang dissous de Huxham); souvent alors des hémorragies ont lieu par diverses

voies, des plaques ecchymotiques apparaissent à la peau, les sudamina se remplissent de sérosité rouge (*miliaire rouge*) et la forme hémorragique est constituée avec toute la gravité que nous lui avons reconnue dans les autres pyrexies. — Les taches pétéchiales peuvent être observées dans des conditions différentes où elles n'ont plus du tout la même gravité; chez les enfants; chez les individus à peau très-fine, elles se montrent parfois dès le début de l'exanthème rosé; elles ne sont accompagnées alors ni d'ecchymoses ni d'hémorragies, et elles n'ont vraiment aucune signification spéciale; il convient d'y voir simplement l'expression plus forte de la fluxion cutanée qui produit la roséole.

Tandis que ces phénomènes sont produits à la peau, le caractère typhique de la maladie s'accuse de plus en plus, et l'adynamie, qui en est le trait fondamental, apparaît au complet, si déjà elle ne s'est manifestée. L'accroissement de la stupeur met un terme aux plaintes du malade touchant la céphalalgie et les douleurs des membres; pour la même raison, il sent moins vivement la soif, et, à ne considérer que son état subjectif, il est vraiment moins mal que dans les jours précédents. Cependant le météorisme augmente au point d'entraver l'action du diaphragme et de gêner l'hématose déjà restreinte par le catarrhe broncho-pulmonaire; le cœur conservant une fréquence fébrile, perd de sa force au point que le choc est mal distinct et le premier bruit confus, et l'insuffisance de l'impulsion amène une stase qui se traduit par des congestions viscérales passives (hypostase pulmonaire, cérébrale) et par l'aspect cyanique de la face, plaquée sur les joues de grandes macules d'un rouge violet. Le pouls est fréquent, de 90 à 120, de jour en jour il perd de sa force suivant l'affaiblissement du cœur; il devient dépressible, et présente souvent, mais non toujours, le phénomène du dicrotisme: il bat deux fois pour une seule pulsation cardiaque (*pulsus bis feriens*), en raison de la paralysie des muscles artériels, laquelle manifeste, en fisolant, l'action propre des fibres élastiques; dans les cas très-graves, le pouls ne présente plus la récurrence radiale. La diarrhée est accrue ou persistante jusqu'à la fin de cette première période, les matières prennent souvent une odeur fétide, et elles sont rendues involontairement, soit que la stupeur du malade supprime les sensations du besoin et de l'évacuation, soit que les sphincters soient paralysés. Dans le même temps et pour les mêmes causes, on peut observer soit l'incontinence d'urine, soit la rétention partielle ou complète par suite de l'inertie des muscles expulseurs. La peau est, dans beaucoup de cas, couverte de sueurs abondantes qui, loin d'avoir quelque signification favorable, ne font qu'ajouter à la faiblesse. La langue, séchée et comme rôtie dès le septième ou le huitième jour, s'encroûte de mucus et de sang concrets, elle devient noire, fuligineuse, ainsi que les lèvres et les gencives; les narines sont pulvérulentes, le pharynx est tapissé de mucosités qui entravent ses mouvements et ceux du voile du palais; de là une dyspha-

gie plus ou moins prononcée, qu'aggravent encore parfois des lésions de l'épiglotte ou du larynx. L'amaigrissement commence à faire des progrès rapides; la surdité paraît ou augmente, due ou à une névrosie fonctionnelle, ou plus souvent à une otite externe ou moyenne; les désordres cérébraux, spasmes convulsifs, somnolence et délire, sont à leur acmé, et le patient, indifférent à tout, sans volonté, sans désirs, atteint ainsi la fin de la période d'infection, consumé par une fièvre incessante dont il importe de connaître les allures.

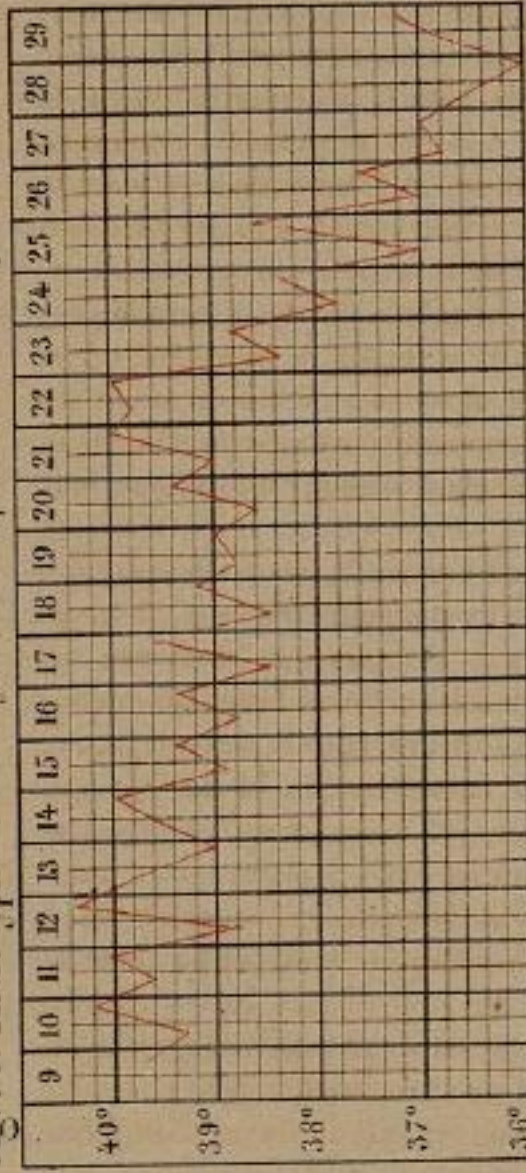
Les caractères distinctifs de la FIÈVRE ne doivent pas être demandés au pouls; il n'a rien de constant, rien de précis dans sa manière d'être; il ne suit pas toujours, il s'en faut, les oscillations de la température (1); bien plus, il peut rester nombre de jours à une fréquence normale ou au-dessous de la normale, alors que cependant la température, bien et dûment fébrile, présente son élévation et sa marche ordinaires (cas de Beddoë).

Le **cycle fébrile** de la fièvre typhoïde comprend trois stades, dont les deux premiers appartiennent à la première période de la maladie ou période d'infection. L'*ascension initiale* n'est pas brusque comme celle de la pneumonie, elle est graduelle, mais elle est constante; c'est-à-dire que, malgré la rémission du matin, la chaleur d'un jour dépasse toujours d'une quantité notable celle du jour précédent. Le thermomètre s'élève, en général, d'un degré et demi par jour; mais comme la rémission du matin est en moyenne d'un demi-degré, la différence effective d'un soir au soir précédent n'est que d'un degré; la ligne thermique offre ainsi une ascension graduelle régulière, interrompue chaque matin par une chute également régulière de 5 dixièmes de degré. En fait, ce stade conduit progressivement la température au maximum qu'elle doit présenter; je l'ai appelé, pour ce motif, **STADE DES OSCILLATIONS ASCENDANTES**; il a une durée moyenne de cinq à six jours. Par exception, le maximum thermique peut être atteint plus tôt, dès le second ou le troisième jour; cette anomalie est toujours inquiétante; d'après les faits que j'ai observés jusqu'ici, elle dénote ou une durée très-longue de la maladie (voy. fig. 71), ou cette forme rapidement mortelle connue sous le nom de forme ataxique (voy. fig. 74 et 75).

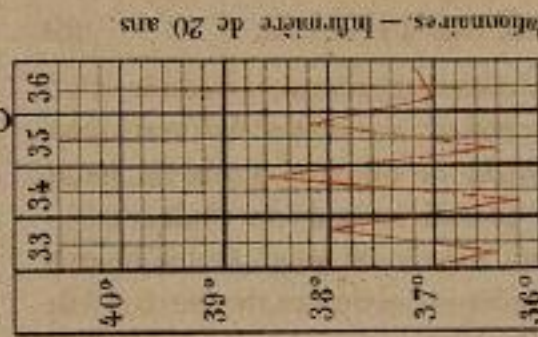
(1) Par l'observation de cinq cas de fièvre typhoïde chez des femmes ayant dépassé le cinquième mois de la gestation, Fiedler a établi que le pouls du fœtus présente, comme celui de la mère, des exacerbations vespérales et des rémissions au matin, mais qu'il est surtout en rapport avec la température; il augmente de fréquence quand elle s'élève, il devient plus lent quand elle s'abaisse. Bien des fois le pouls de la mère avait au soir et au matin la même fréquence, quoique la température des deux moments fût dissemblable, mais le pouls du fœtus oscillait toujours comme la chaleur.

FIEDLER, *Ueber das Verhalten des Fötalpulses zur Temperatur und zum Pulse der Mutter bei Typhus abdominalis* (Archiv der Heilkunde, 1862).

Fig. 70. Fièvre typhoïde : durée moyenne : Stade amphibole du 20^e au 22^e jour. — Homme de 25 ans.

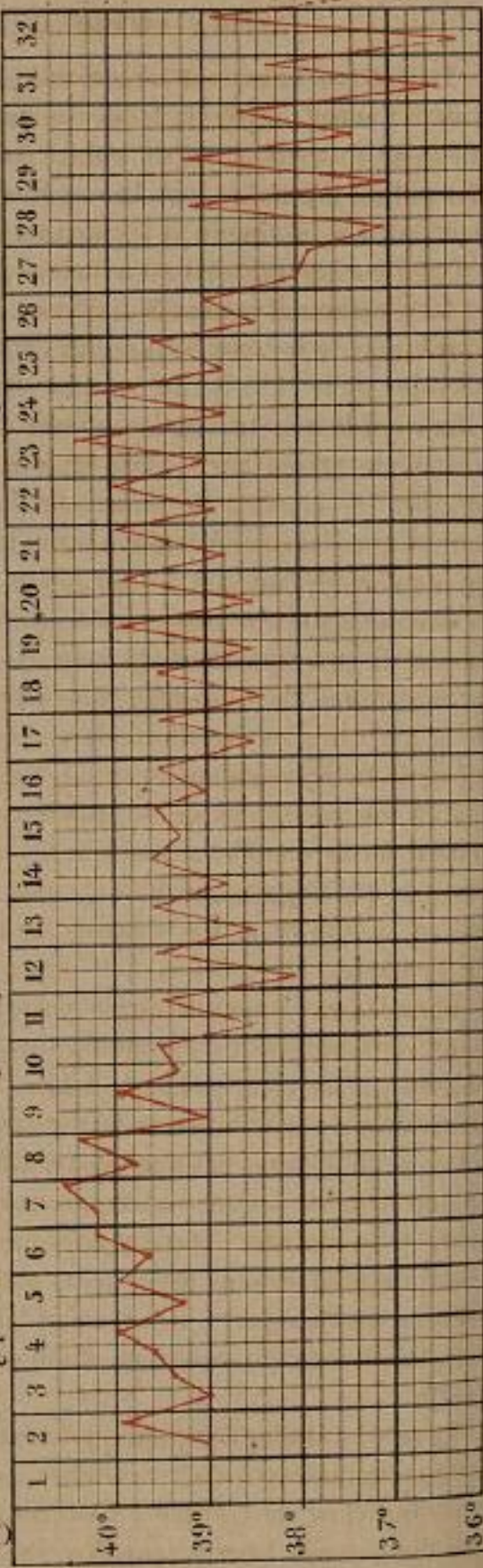


Suite de la Fig. 71.



Stationnaires — Infirmité de 20 ans

Fig. 71. Fièvre typhoïde : maximum thermique très précoce. Stade amphibole du 13^e au 17^e jour. Durée longue par prolongation des oscillations.



Le **SECOND STADE** est caractérisé par le défaut d'ascension notable d'un jour à l'autre, et par la faiblesse des rémissions du matin. Le maximum du stade précédent, ou un chiffre très-voisin de lui, est comme le point fixe autour duquel se font les oscillations quotidiennes de la chaleur; l'écart entre le minimum et le maximum d'un espace de vingt-quatre heures est peu considérable; il est exprimé par quelques dixièmes de degré, 4 à 6, et bien rarement atteint 8 dixièmes. De là résulte, dans la représentation graphique de la température, un contraste remarquable entre la ligne du premier stade et celle du second : la première, malgré les chutes angulaires qui la brisent, est ascendante dans son ensemble; la seconde, figure une ligne brisée horizontale et non plus une oblique ascendante (voy. fig. 70, 71, 72, 78). De là le nom de **STADE DES OSCILLATIONS STATIONNAIRES** que j'ai donné à cette seconde phase du mouvement fébrile. Même en ne considérant que les formes communes de la maladie, la durée de ce second stade est très-variable, comme celle du processus anatomique auquel il correspond; il est compris entre un minimum de neuf jours et un maximum de vingt-deux, de sorte que si l'on compte à partir du début de la maladie, les variations de ce second stade peuvent encore être exprimées de la manière suivante : il s'étend jusqu'à la fin de la seconde semaine, ou au milieu de la troisième, ou à la fin de la troisième, ou au milieu de la quatrième, ou à la fin de la quatrième. Il est digne de remarque que les grandes modifications thermométriques correspondent au milieu ou à la fin d'une semaine, le temps étant supputé du premier jour de la fièvre.

Dans les cas types, de durée moyenne ou longue, le stade des oscillations stationnaires est composé, ainsi que l'a démontré Thomas, de deux phases qui ne sont pas semblables. Dans la première, le point fixe est très-voisin du maximum de la période ascensionnelle, et l'oscillation quotidienne ne dépasse pas quelques dixièmes de degré. Dans la seconde phase, on voit déjà se dessiner quelques-uns des caractères de la dernière période de la maladie : le point fixe maximum est moins élevé, et l'oscillation quotidienne, plus prononcée, est comprise entre 5 dixièmes et 1 degré. La connaissance de ce fait prévient l'erreur qui consisterait à prendre la seconde moitié du stade stationnaire pour le début du stade de déclin.

Le second stade thermique présente une autre particularité qu'il n'est pas moins intéressant de connaître : c'est une *rémission subite et temporaire* qui varie de 1 degré à 2 degrés et demi, et qui ne dure en moyenne que dix à douze heures (voy. fig. 79). Wunderlich, qui a indiqué ce phénomène, lui assigne pour date ordinaire le matin du septième jour, mais cette précision est exagérée; j'ai observé cette rémission du sixième au huitième jour. Si l'on ignore ce fait, on pourra, en présence de cet abaissement thermique, douter du diagnostic, et croire qu'on touche au déclin.

d'une maladie qui n'a pas été une fièvre typhoïde, tandis qu'en réalité cette chute thermométrique, à condition qu'elle soit subite et momentanée, est un signe positif de typhus abdominal.

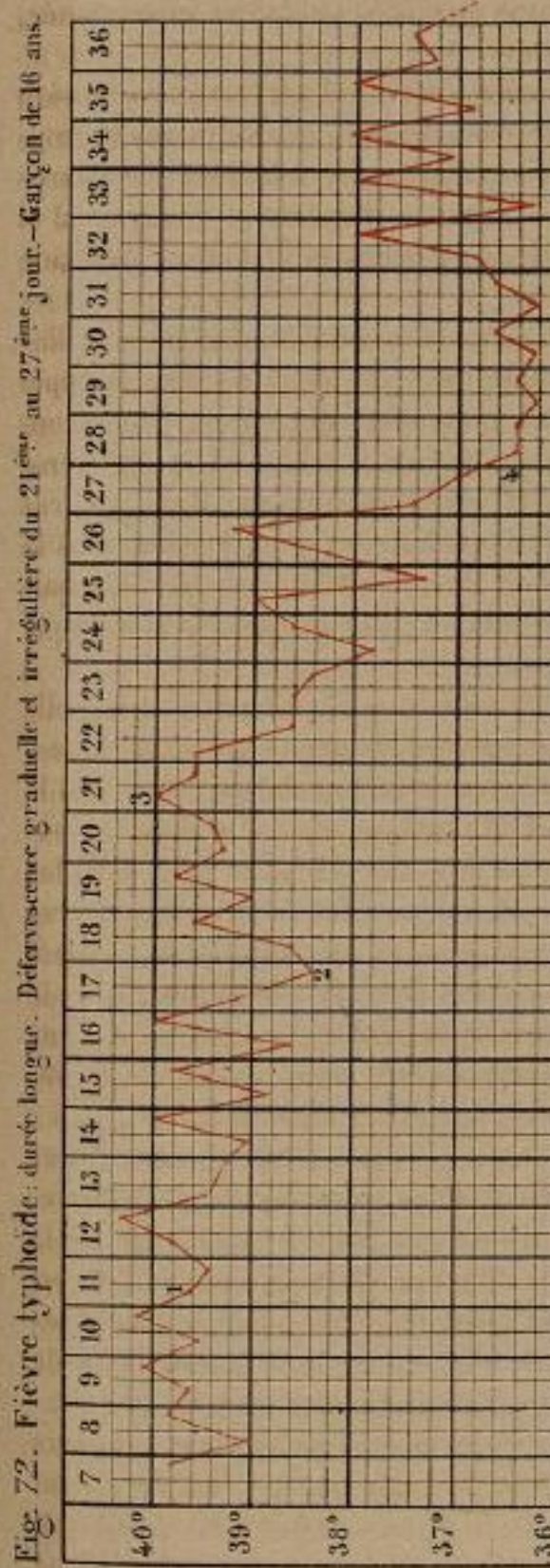
Lorsque le cours naturel de la maladie n'est dévié par aucune agression thérapeutique violente et par aucune complication, le maximum thermique coïncide avec la fin du stade des oscillations ascendantes; il est rarement au-dessous de 40 degrés, et il est compris d'ordinaire entre 40°,2 et 40°5, dépassant en général de quelques dixièmes le maximum du stade stationnaire.

La régularité normale de ce stade est parfois troublée par des oscillations thermométriques d'une amplitude exagérée dont ne rend compte aucun phénomène pathologique ou thérapeutique; cette perturbation constitue le *stade amphibole* (Wunderlich), stade anormal dont la durée est comprise entre trois et huit jours, et qui n'apparaît que dans les cas graves (voyez fig. 70 et 71). Le stade amphibole survient d'ordinaire à la fin du stade stationnaire, au moment où devrait s'accuser le déclin; mais il peut se montrer plus tôt, dès la première moitié du stade d'état (voyez fig. 71).

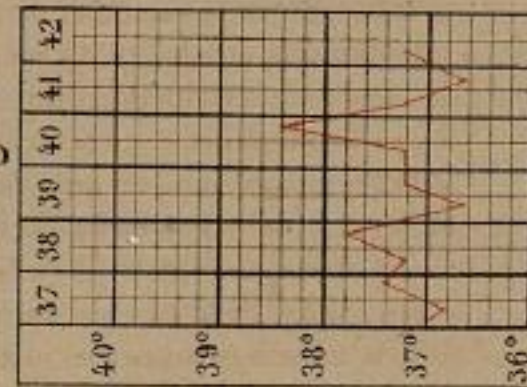
Deuxième période. Réparation. — Cette période, pendant laquelle l'organisme doit réparer les désordres provoqués par le processus infectant, est semée de périls et d'écueils; certes la maladie peut tuer dès la phase précédente, mais le fait est exceptionnel, et c'est à la seconde période qu'incombe le plus grand nombre des décès. D'autre part, dans les cas heureux, la guérison est atteinte selon des modalités diverses, et certaines, parmi elles, sont fécondes en poignantes incertitudes. Un exposé synthétique est moins possible encore que pour la phase initiale, et le seul moyen de conformer la description à la réalité des choses est d'envisager isolément les principales éventualités de cette période douteuse.

TERMINAISON FAVORABLE. — Je distingue trois groupes de faits.

Le premier comprend les cas dans lesquels la guérison est obtenue par l'amélioration graduelle et non interrompue des symptômes et de la fièvre. Ces cas sont types tant pour la fréquence que pour la régularité de la marche. Le phénomène qui marque le début de cette seconde période est en tout cas un *phénomène thermique*; il est donc méconnu si l'on a négligé l'exploration méthodique de la chaleur, et par suite la date réelle de la *conversion de la maladie* reste ignorée. Le fait initial est une modification de la température du matin, les rémissions dépassent de plusieurs dixièmes de degré celle des jours précédents, la chaleur du soir restant la même. Lorsque ce changement de la rémission persiste et s'accroît pendant plusieurs jours, lorsqu'on est assuré par conséquent qu'il ne s'agit pas d'une perturbation accidentelle et temporaire, on peut être certain que le déclin commence; bientôt la chaleur du soir commence à diminuer; dans les trois ou quatre premiers jours, la différence d'un soir à



Suite de la Fig. 72.



OBSERVATIONS.

1. Potion cordiale avec 2 grammes d'extract de quinquina.
2. Potion cordiale | Alcool 67,25 grammes | 3 bolus par jour.
| Extrait 0,9, 2 grammes
3. Même potion avec addition d'acétate d'ammoniaque 6 grammes. — 30 vertèbres sèches.
4. Collapsus de la convalescence, puis oscillations thermiques sans accidents nouveaux jusqu'au 42^{ème} jour.

l'autre peut n'être que de 4 à 8 dixièmes de degré; puis l'abaissement s'accroît davantage, la différence décroissante est d'un degré, un degré et quelques dixièmes en vingt-quatre heures; en même temps la rémission du matin se prononce de plus en plus; le thermomètre qui le soir est encore à 38°,8 ou 38°,5, peut tomber le matin au chiffre normal ou un peu au-dessous; ce n'est plus alors par dixièmes que se mesure l'oscillation quotidienne de la température, c'est par 1 degré et demi, 2 degrés et même 3 degrés. Enfin la chaleur vespérale arrive aussi au chiffre physiologique, elle s'y maintient, le cycle fébrile est terminé. Ainsi caractérisée, cette phase dernière mérite le nom de STADE DES OSCILLATIONS DESCENDANTES, c'est un exemple parfait de *déservescence graduelle* ou *lysis*. Dans les cas graves, la déservescence peut être irrégulière, en ce sens qu'après deux ou trois jours de déclin graduel, la ligne thermique présente soudainement une ascension nouvelle qui persiste pendant plusieurs explorations successives (voyez fig. 72). Cette anomalie commande de suspendre le pronostic.

Tandis que la fièvre suit cette marche rétrograde, le malade présente une amélioration générale qui se manifeste d'abord par l'atténuation des accidents nerveux et de la stupeur. Le délire se calme, puis cesse, les nuits sont plus tranquilles, la somnolence dans la journée n'est plus continue, le retour du sentiment du *moi* est le premier indice de la diminution de l'apathie; le malade, qui est resté plusieurs jours sans se préoccuper ni de lui, ni des personnes, ni des choses, retrouve, avec la conscience de son état, l'inquiétude, l'égoïsme et l'irascibilité; un symptôme non moins significatif apparaît en même temps, c'est le clignement palpébral suspendu dès le début de la somnolence et de l'adynamie, et dont le retour est des plus significatifs. La langue, les gencives et le pharynx se détergent, la dysphagie cesse, la diarrhée diminue pour faire place souvent à une constipation notable, le météorisme s'affaïsse, la rate revient à ses dimensions normales; l'urine est plus limpide, plus pâle et plus abondante, bien que souvent il y ait des sueurs copieuses durant quelques jours; la diminution de la consommation fébrile rend au système cardio-artériel un peu de force, et avec le rétablissement d'une circulation plus énergique disparaissent les plaques cyaniques de la face, la faiblesse et le dicrotisme du pouls; les stases viscérales sont dissipées; l'expectoration plus abondante et plus facile, grâce au retour des forces, élimine les produits du catarrhe broncho-pulmonaire parvenu à son terme; le sommeil se rétablit, l'appétit ne tarde pas à manifester d'impérieuses exigences; mais la surdité persiste encore le plus souvent, et l'amaigrissement augmente sans cesse, jusqu'au moment où l'apparition d'une température normale dans les heures du soir révèle le parfait accomplissement du cycle fébrile et le début de la convalescence. — L'amélioration, je le répète, est sans interruption, chaque jour un pas est fait vers la guérison; mais le malade

présente, durant toute cette période, une impressionnabilité extrême à toutes les influences nocives, en raison de l'atteinte profonde qui a épuisé son organisme.

Le début du stade de déclin varie considérablement, puisqu'il est subordonné à la durée fort variable de la période d'infection; il peut, dans les cas les plus légers, commencer du treizième au quatorzième jour; il peut, dans les cas les plus intenses, être différé jusqu'au vingt-huitième jour; la date intermédiaire, du dix-huitième au vingt et unième jour, est la plus fréquente. La durée de la phase de réparation dans ce premier groupe de cas varie entre sept et quatorze jours; ces différences dépendent de la constitution des malades et de la gravité de l'attaque, en d'autres termes, de l'importance des désordres à réparer et de la force de l'organisme qui doit effectuer la réparation.

II. — Avec une terminaison également favorable, la période de réparation peut être enrayée dans sa marche progressive par l'apparition de quelque accident grave qui n'est pas un effet direct du poison typhique, mais qui résulte des altérations primordiales suscitées par lui. C'est avec ces cas-là que j'établis mon second groupe, qui pour la fréquence est inférieur au premier et supérieur au troisième. Le moindre effet de ces incidents pathologiques surajoutés est de prolonger la durée de cette période qui peut atteindre alors plus de vingt et un jours; en outre ils créent de nouveaux et sérieux dangers qui rendent au pronostic toutes ses incertitudes.

L'aggravation du *catarrhe broncho-pulmonaire* et de l'*hypostase* est un des obstacles les plus ordinaires à la marche régulière de la réparation. Cette condition prolonge l'état de cyanose, et comme l'adynamie n'est pas encore dissipée, les liquides qui encombrant les bronches ne peuvent être totalement expulsés, et le patient est exposé à tous les dangers de l'asphyxie par obstruction bronchique; en outre l'échange gazeux est restreint de plus en plus, et cela à un moment où la combustion fébrile a surchargé le sang d'acide carbonique. Ces phénomènes, qui ne sont que l'exagération par adynamie de l'une des déterminations typhiques, apparaissent dès le début de la dernière période; si tout marche bien d'ailleurs et que les forces renaissent promptement, le malade peut guérir; il guérit souvent en effet, mais l'état est grave. — Dans d'autres cas, le commencement de la réparation marche favorablement pendant quelques jours, puis une véritable *pneumonie fibrineuse* survient, qui se révèle par une ascension anormale de la ligne thermique, et qui remet tout en question. Si cette lésion tardive est peu étendue et fixe, elle peut ne constituer qu'un temps d'arrêt dans l'amélioration commencée, mais souvent elle est extensive et envahissante, et tue par asphyxie. — Vers le même temps, c'est-à-dire dans la seconde moitié ou à la fin de cette période, la situation jusque-là satisfaisante peut être soudainement compromise par des

accidents laryngés (nécrose, œdème, voy. t. I) dont le début est resté inaperçu en raison de la prostration et de la torpeur du malade. Souvent cette complication est plus tardive, elle ne se manifeste qu'après la chute de la fièvre, dans le cours de la convalescence.

La lésion intestinale produite par le poison typhique met à nu des vaisseaux; la nécrose consécutive à l'infiltration peut s'étendre à la séreuse, et elle affaiblit notablement la résistance de la paroi; de là la possibilité de l'hémorrhagie et de la perforation, deux éventualités redoutables qui transforment bien souvent la période de réparation en période mortelle. L'HÉMORRHAGIE INTESTINALE est plus précoce que la perforation, elle a sa plus grande fréquence du quatorzième au vingt et unième jour. Pour peu que le flux sanguin soit abondant, il est révélé avant même de parvenir dans les selles, par le changement que présente le malade; la température baisse subitement, la chute peut être de 2 à 3 degrés en quelques heures, les téguments pâlisent, les extrémités sont froides, le pouls devient petit *sans perdre de sa fréquence*, et dans un très-court espace de temps un état de collapsus est constitué qui crée un péril imminent. Si l'hémorrhagie est médiocre, ces phénomènes sont moins accusés, mais ils existent toujours à un degré quelconque, et je n'ai pas encore vu manquer la dépression brusque de la température. L'hémorrhagie peut être unique, ou bien elle se répète à de courts intervalles; le pronostic est subordonné d'une part à la quantité de sang perdu, d'autre part à l'état du malade au moment où il est atteint de cette spoliation nouvelle; il y a là un rapport quantitatif facile à saisir. Une hémorrhagie médiocre peut tuer, si l'adynamie était complète; une hémorrhagie abondante peut permettre une issue favorable et ne constituer qu'un orage passager, si l'organisme du malade a subi de moindres atteintes. Je ne puis admettre pour le pronostic d'autre élément d'appréciation, et je récusé de toutes mes forces la théorie qui donne l'hémorrhagie intestinale comme un phénomène favorable et quasi-critique. Sur 32 cas, Griesinger a eu 10 morts, Jenner en a eu 7 sur 24, Gietl 7 sur 14; quant à moi, sur 6 cas, concernant tous, il est vrai, des malades profondément adynamiques et des hémorrhagies abondantes, j'ai eu 6 morts. — La fréquence moyenne de cet accident est de 5 à 6 pour 100 cas de fièvre typhoïde, mais il est digne de remarque que cette fréquence varie beaucoup dans les diverses épidémies.

LA PERFORATION est rare avant la troisième semaine; c'est de ce moment et jusqu'à la huitième qu'elle est le plus à craindre; elle a lieu tantôt à l'occasion d'un mouvement brusque, d'un effort (circonstance qu'il ne faut pas perdre de vue dans le traitement), tantôt sans cause appréciable; elle est surtout à redouter chez les malades qui, au moment de la détersion complète des ulcérations, présentent encore un météorisme considérable. La fréquence de cet accident varie suivant les époques et suivant les pays; ce fait explique les différences notables des statistiques,

qui assignent à la perforation des moyennes centésimales comprises entre 2, 3 pour 100 et 40 pour 100. Ce qui est certain, c'est qu'elle est plus commune chez les malades du sexe masculin, et infiniment rare chez les enfants. Il n'y a aucune relation entre le nombre des ulcérations et les chances de rupture; il n'y en a pas davantage quant à la gravité de la maladie; loin de là, on a vu la perforation mettre brusquement un terme à des fièvres typhoïdes tellement légères qu'elles avaient jusqu'alors permis au malade de rester levé (*typhus ambulatorius*), et, en 1867, Bennett a encore rapporté un fait de ce genre.

L'horrible douleur qui signale d'ordinaire la perforation de l'intestin n'est pas perçue, et partant pas accusée, lorsque le malade, du fait de l'adynamie, est dans un coma profond; si la stupeur est moindre, elle peut être momentanément dissipée par la douleur qui tient lieu d'excitant, et qui atteint son summum par la pression abdominale. En tout cas, l'accident est révélé par la fréquence et la petitesse subitement accrues du pouls, par le collapsus du patient, et par le météorisme énorme qui résulte de l'arrivée des gaz intestinaux dans la cavité péritonéale; il n'est pas rare que cette extravasation gazeuse fasse disparaître complètement la matité hépatique en avant; quand ce signe est net, il démontre la perforation en l'absence de la douleur. Des faits positifs établissent que le malade peut survivre; mais ces faits, tout en justifiant la place que j'assigne à cet accident, sont tellement rares qu'ils ne peuvent atténuer le pronostic général; la perforation peut tuer dès les premières heures qui la suivent, par le fait même du collapsus; plus souvent elle tue au bout de trente-six à quarante-huit heures, par une péritonite généralisée. Dans les cas rares où la guérison a lieu, c'est qu'il n'y a pas eu d'épanchement péritonéal, et conséquemment pas de péritonite; ou bien c'est que des adhérences préalables ont substitué à l'inflammation diffuse de la séreuse un foyer circonscrit, qui s'éteint sur place ou s'ouvre au dehors (*observation de Jenner*).

La PÉRITONITE n'est pas un signe certain de perforation; dans quelques cas, elle est causée soit par l'extension de la phlogose intestinale (propagation par contiguïté), — soit par la rupture de glandes mésentériques suppurées, d'un abcès de la rate ou de la paroi vésicale, — ou bien enfin elle se développe sans cause locale saisissable. Cette complication est très-rare; elle est ordinairement, mais non constamment, mortelle.

Au début de la période de réparation, au même moment où l'on a à craindre l'hémorrhagie intestinale, on peut observer des ÉPISTAXIS qui ont une tout autre signification que celles des premiers jours de la fièvre; elles sont les indices d'une disposition hémorrhagique créée par la maladie; elles coïncident fréquemment avec l'éruption pétéchiale, et constituent, pour peu qu'elles soient abondantes, un phénomène d'une extrême gravité. Il en est de même des MÉTRORRHAGIES qui surviennent parfois à ce

moment-là; elles sont surtout inquiétantes, si elles ne correspondent pas à l'époque ordinaire de l'écoulement menstruel.

Du moment que la période de réparation est troublée par ces épisodes graves, elle perd, on le conçoit, la régularité de ses allures; le cycle caractéristique est rompu, il n'y a plus rien de constant, ni dans la ligne figurative de la fièvre, ni dans l'époque à laquelle apparaît la chute finale, qui marque le commencement de la convalescence; au lieu de la marche typique des cas du premier groupe (défervescence lente non interrompue), on n'a plus qu'une phase tumultueuse et désordonnée, dont la terminaison, supposée favorable, peut être différée jusqu'au delà de la sixième semaine.

III. — Suivant l'ordre de la fréquence décroissante, je compose mon troisième groupe de cas avec des faits auxquels j'attache une extrême importance nosologique, en ce qu'ils servent de transition et de trait d'union entre les formes longues ou communes de la fièvre typhoïde, et la forme vraiment abortive dont il sera bientôt question. Dans les cas de cette troisième série, la période d'infection présente au grand complet la symptomatologie ordinaire; elle peut être tout aussi grave que dans les variétés précédentes; mais elle est contenue en général dans les minima de la durée assignée à cette phase de la maladie, c'est-à-dire qu'elle est prolongée jusqu'à la fin de la seconde semaine, et au plus jusqu'au milieu de la troisième. A ce moment débute la phase de réparation; mais, au lieu de procéder par défervescence graduelle ou lysis, elle s'affirme, avec ou sans *perturbation critique* (voy. t. I), par une *défervescence brusque* qui est complète en douze heures, du soir au matin, ou au plus tard après trente-six heures. La chute de la fièvre est accompagnée d'une transformation totale dans l'habitus extérieur du malade; son facies reprend une expression naturelle, la langue se nettoie rapidement, la restauration organique a lieu sans orage, et la phase de réparation réduite au minimum, et silencieusement accomplie, se confond à vrai dire avec la convalescence. Les tracés 76, 77 et 78 sont des exemples très-nets de cette marche éminemment favorable. Non-seulement la guérison est constante dans cette forme, mais on n'observe, après le début de la convalescence, aucun de ces accidents dont le nombreux cortège constitue les suites de la maladie; toutefois la réversion est possible comme après les formes communes.

Cette défervescence brusque ou critique, que je pense avoir signalée le premier, et qui est semblable de tous points à celle de la pneumonie la plus franche, n'est pas seulement observée, comme je l'ai cru longtemps, dans les cas dont la durée est au-dessous de vingt jours; on la voit, beaucoup plus rarement, il est vrai, du vingt et unième au vingt-cinquième jour; l'exemple que j'en donne (voy. fig. 83) est d'autant plus remarquable que la défervescence a été précédée d'une perturbation critique des plus nettes,

et que la ligne thermique a présenté, du onzième au quatorzième jour, un plateau de mauvais augure.

Mort. — La fièvre typhoïde tue à des époques différentes et par de causes bien diverses.

La mort peut avoir lieu du cinquième (?) au neuvième jour, sans complication aucune, par la seule intensité des premiers effets de l'empoisonnement. Dans ces cas-là, les accidents abdominaux et thoraciques sont peu prononcés en raison de la précocité de la terminaison; dès les premiers jours, les désordres cérébraux, notamment le délire, les contractures et les soubresauts de tendons, frappent par leur imperturbable violence; mais le fait dominant, fondamental, celui qui donne la clef de tous ces phénomènes et qui explique la mort rapide, c'est l'élévation colossale de la température; la chaleur excessive du soir est d'autant plus périlleuse qu'elle n'est interrompue que par des rémissions à peine marquées, ou nulles (*ligne thermique en plateau*); dans la dernière journée, la température monte sans cesse, elle franchit 40°,5 — dépasse 41 degrés, — et le patient succombe avec un chiffre thermométrique supérieur à tous les précédents (voy. fig. 75). Cette marche quasi foudroyante est plus fréquente dans certaines épidémies; elle tient sans doute et à l'intensité de l'empoisonnement et aux conditions individuelles des malades; je l'ai vue surtout chez les hommes habitués aux excès alcooliques. — Pour éviter une erreur grave de pronostic, il importe de ne pas perdre de vue l'observation que voici: le véritable signe de cette variété toujours mortelle n'est pas le désordre des fonctions cérébro-spinales, ce n'est pas non plus le défaut de rapport entre les accidents cérébraux, et les phénomènes abdominaux (*ataxie*); une fièvre typhoïde peut avoir tous ces caractères pendant les huit ou dix premiers jours, et reprendre ensuite des allures plus tranquilles et plus normales; le vrai critérium, c'est la marche insolite de la fièvre, qui atteint trop tôt les degrés élevés, qui dépasse ensuite le maximum ordinaire, et qui arrive, par une ascension continuelle, à un chiffre dont la persistance est incompatible avec la vie.

Un peu plus tard, au début et dans le cours de la période de réparation, la mort peut être amenée, sans prédominance symptomatique spéciale, sans complication, par les seuls progrès de l'adynamie. Épuisé par l'atteinte du poison, le patient ne peut en réparer les effets; consumé par la fièvre, asphyxié par un sang mal hématosé, il tombe bientôt dans un *collapsus* mortel. Dans quelques cas, la terminaison est hâtée par une *parotidite* suppurée d'autant plus grave qu'elle apparaît plus tôt, plus rarement par une *diphthérie* pharyngée, ou bien enfin par une *diathèse hémorrhagique aiguë*, que révèlent des pétéchies et des hémorrhagies multiples.

Tous les accidents que j'ai signalés à propos de la réparation difficile

peuvent devenir mortels: l'extension du *catarrhe bronchique* aux petits canaux, l'*hypostase* étendue des deux poumons, plus tardivement la *pneumonie fibrineuse*, l'*hémorrhagie intestinale*, la *péritonite* avec ou sans *perforation*, sont les causes les plus communes de la mort durant la seconde période. Dans le même temps, mais avec une fréquence incomparablement moindre, la terminaison funeste peut être provoquée par une *endocardite*, par une *myocardite*, par une *inflammation des méninges*, parfois consécutive à une *otite interne*, par un *érysipèle facial* qui peut coïncider avec une *parotidite*, enfin par une *hépatite parenchymateuse* que révèle un *ictère grave*.

Dans certains cas également mortels, les allures de la maladie sont des plus trompeuses quant au pronostic. Le patient arrive tant bien que mal à l'époque où a lieu, dans les formes prolongées, le début de la convalescence; les accidents cérébraux et thoraciques ont cessé, il n'est pas survenu de complication, on attend d'un jour à l'autre la chute définitive de la fièvre; or elle dure avec un caractère rémittent, en se maintenant dans les températures moyennes; la diarrhée continue, le météorisme persiste, les téguments pâlisent et sont couverts de sueurs profuses, les extrémités deviennent œdémateuses, l'amaigrissement augmente, et le malade, réduit pour ainsi dire à l'état de squelette, succombe de la sixième à la huitième semaine. Le *défaucement de cicatrisation* des ulcérations intestinales est la cause de cet épuisement tardif.

Les plus nombreux cas de mort appartiennent à la troisième et à la quatrième semaine; viennent ensuite la fin de la seconde, le cinquième septénaire, le sixième, et en dernier lieu le premier. — Le chiffre de la mortalité varie dans de notables limites, suivant les épidémies, suivant les conditions hygiéniques des hôpitaux, suivant les contrées: aussi ne peut-on accepter comme moyennes générales que celles qui sont fournies par des statistiques très-nombreuses, portant sur des cas de diverses provenances; on arrive alors à ce résultat que la mortalité de la fièvre typhoïde est comprise entre un minimum de 18 et un maximum de 25 p. 100.

Formes, durée. — Les nombreuses formes attribuées à la fièvre typhoïde ne sont, pour la plupart, que des variétés dans le début ou des prédominances dans les symptômes. La forme dite *BILIEUSE* n'est qu'un typhus abdominal qui débute par un catarrhe gastro-duodénal étendu aux voies biliaires, et qui présente par conséquent, au nombre de ses symptômes initiaux, l'*ictère catarrhal* et tous les accidents qui en dépendent, notamment les nausées et les vomissements. Après quelques jours, rarement plus d'un septénaire, ces épiphénomènes disparaissent, et la fièvre typhoïde suit son cours ordinaire, tantôt légère, tantôt grave, de sorte qu'on ne peut établir aucun rapport constant entre ce mode de début et l'évolution ultérieure de la maladie.

La forme dite muqueuse (1) n'est pas moins rare que la précédente; d'après les auteurs qui l'ont le mieux décrite, cette forme est caractérisée par un état d'affaiblissement général précoce, par la pâleur de la face, l'état pâteux de la bouche, l'enduit blanchâtre épais de la langue, par l'odeur acide de l'haleine et de l'urine, par des selles diarrhéiques muqueuses ou glaireuses; puis, au bout d'un petit nombre de jours, ces symptômes dits muqueux font place aux phénomènes nerveux et adynamiques. Ces allures initiales sont également sans influence sur la marche et la terminaison de la maladie, et je ne puis voir là qu'une fièvre typhoïde commune qui, en raison des conditions individuelles ou saisonnières, débute par un catarrhe gastrique ou gastro-intestinal.

L'intensité prédominante de certains groupes de symptômes est le caractère distinctif des variétés connues sous les noms de forme ABDOMINALE, — forme THORACIQUE, — forme CÉRÉBRALE ou CÉRÉBRO-SPINALE (Wunderlich).

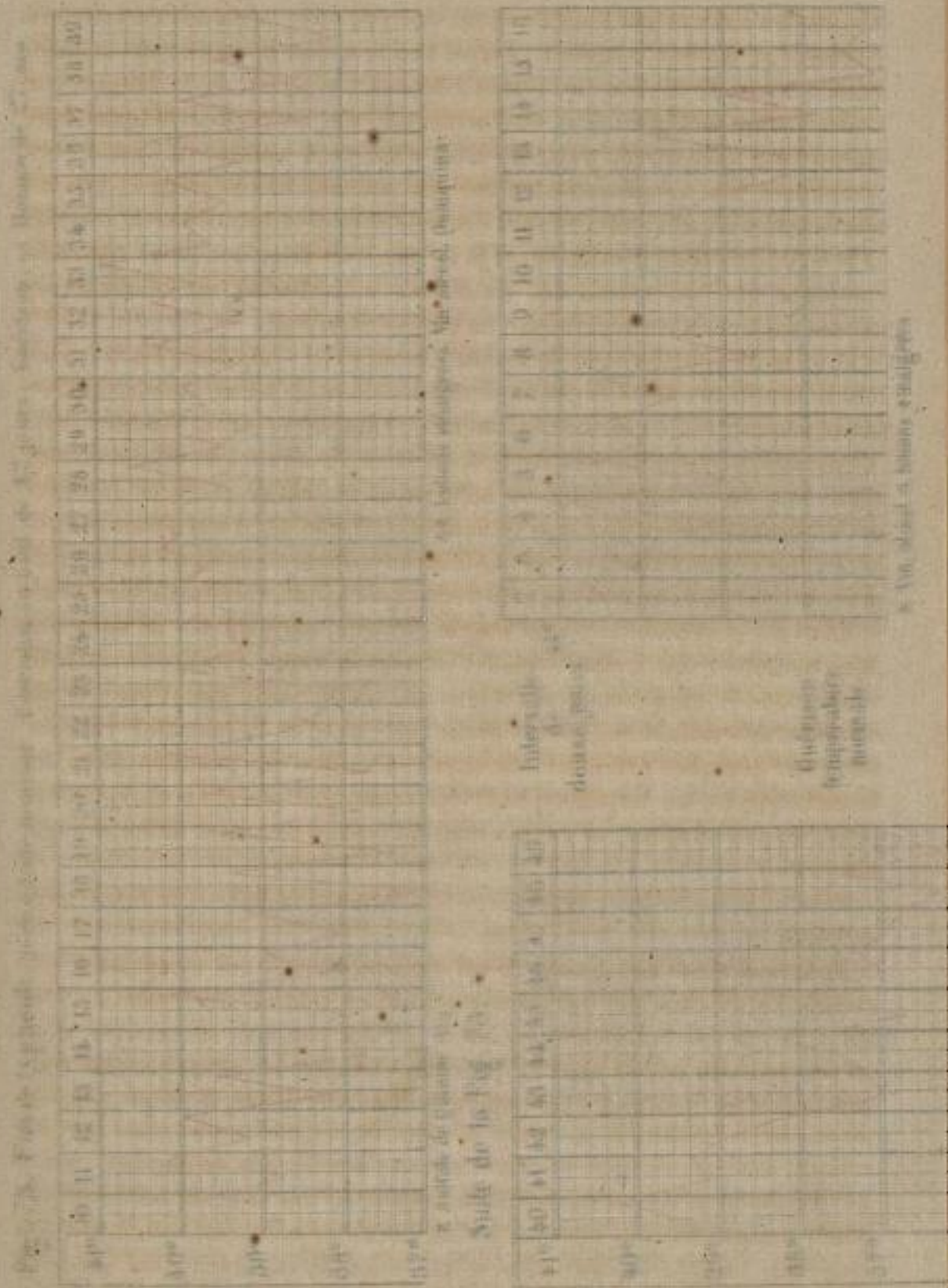
Poursuivant jusqu'au bout cet ordre d'idées, quelques auteurs ont encore admis une forme articulaire ou arthritique (intensité et durée insolites des douleurs dans les jointures et dans les membres), et une forme péritonéale, qui n'est autre chose qu'une fièvre typhoïde compliquée de péritonite sans perforation. J'ai déjà fait remarquer qu'une prédominance symptomatique peut bien faire une variété clinique, mais qu'elle ne suffit pas pour constituer une forme morbide. Où sera la limite d'une semblable division, fondée uniquement sur l'intensité de certains symptômes ou de certaines déterminations faisant partie intégrante de la maladie? Faudrait-il, avec quelques écrivains allemands, admettre un pneumotyphus, un bronchotyphus, un laryngotyphus? Mais pourquoi pas alors un splénotyphus, un gastrotyphus, et enfin autant de typhus ou autant de formes que d'organes?

Restent la forme lente nerveuse, — la forme ataxique, — la forme adynamique.

La forme lente nerveuse (2) est caractérisée par ses symptômes, par sa marche, et aussi par ses lésions qui ont en tout cas une évolution plus lente, et qui souvent même procèdent par des poussées successives, dont on retrouve des traces dans l'expression clinique. Le début est plus traînant que dans tout autre cas; après huit ou dix jours, il se peut que le

(1) Équivalents dans les auteurs anciens : quelques-unes des fièvres pétéchiales de Fracastor; — la première espèce de Sarcone : rémittente ou subintrante avec irritation du système nerveux, stupéfaction des forces vitales, diarrhée ou péripneumonie; — la muqueuse aiguë bénigne de Göttingen avec la vermination et les aphthes pour épiphénomènes.

(2) Équivalents dans les auteurs anciens : fièvre maligne lente; — nerveuse convulsive de Willis; — lente nerveuse d'Huxham; — troisième espèce de Röderer et Wagler.



La forme dite *typhoïde* (4) n'est pas moins rare que la précédente; d'après les auteurs qui l'ont le mieux décrite, cette forme est caractérisée par un état d'affaiblissement général, par la chaleur de la face, l'écoulement de la bouche, l'écoulement blanchâtre épais de la langue, par l'écoulement acide de l'haleine et de l'urine, par des selles diarrhéiques malsaines ou gâtées; puis, au bout d'un petit nombre de jours, ces symptômes disparaissent pour faire place aux phénomènes nerveux et adynamiques. Les autres symptômes sont également sans influence sur la marche et la terminaison de la maladie. On ne peut voir là qu'une fièvre typhoïde commune qui se complique d'individuelles ou saisonnières, débute par un catarrhe gastrique ou gastro-intestinal.

Il y a cependant de certains groupes de symptômes est le caractère de la forme dite *typhoïde* sous les noms de forme abdominale, forme thoracique, — forme cérébrale ou cérébro-spinale (Wanderlich). Il est évident jusqu'au bout cet ordre d'idées, quelques auteurs ont encore admis une forme articulaire ou arthritique (intensité et durée insolites des douleurs dans les jointures et dans les membres); et une forme péritonéale, qui n'est autre chose qu'une fièvre typhoïde compliquée de péritonite sans perforation. J'ai déjà fait remarquer qu'une prédominance symptomatique peut bien faire une variété clinique, mais qu'elle ne suffit pas pour constituer une forme morbide. On sera la limite d'une semblable division fondée uniquement sur l'intensité de certains symptômes ou sur certaines déterminations de la température de la maladie? Par exemple, quelques écrivains demandent, admettent un pneumotiphus, un leucotiphus, un leucotyphus? Mais pourquoi pas alors un spleen typhus, un pneumotiphus, ou tout autre étant de typhus, ou tout de formes que l'on voudra?

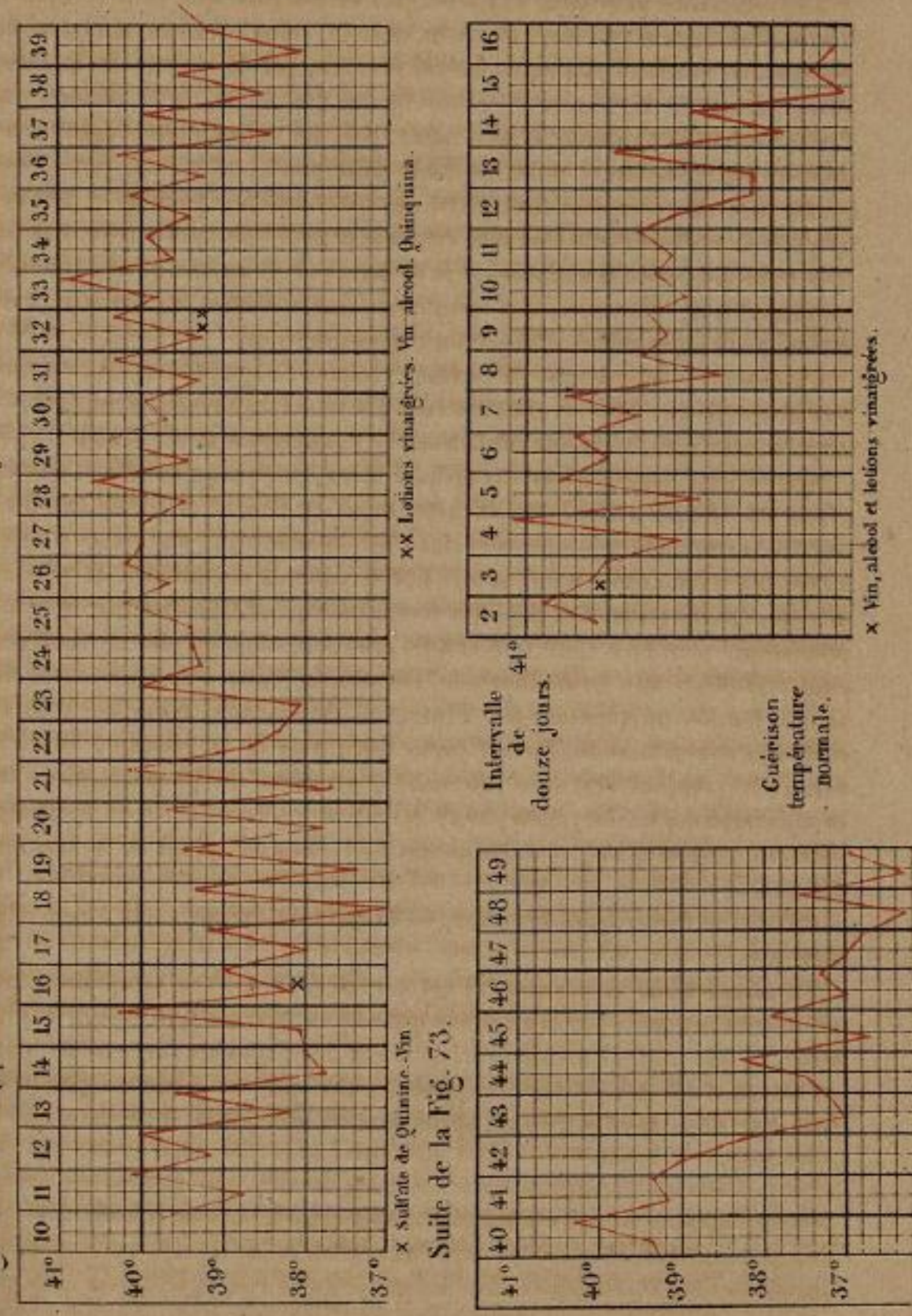
Reçoit la forme lente nerveuse, — la forme adynamique, — la forme adynamique.

La forme lente nerveuse est caractérisée par ses symptômes, par sa marche, et aussi par ses récessions qui ont en tout cas une évolution lente, et qui souvent même précèdent par des poussées successives, et on retrouve des traces dans l'évolution clinique. Le début est plus lent que dans tout autre cas, et après huit ou dix jours, il ne peut y avoir de récession.

Il y a cependant de certains groupes de symptômes est le caractère de la forme dite *typhoïde* sous les noms de forme abdominale, forme thoracique, — forme cérébrale ou cérébro-spinale (Wanderlich). Il est évident jusqu'au bout cet ordre d'idées, quelques auteurs ont encore admis une forme articulaire ou arthritique (intensité et durée insolites des douleurs dans les jointures et dans les membres); et une forme péritonéale, qui n'est autre chose qu'une fièvre typhoïde compliquée de péritonite sans perforation. J'ai déjà fait remarquer qu'une prédominance symptomatique peut bien faire une variété clinique, mais qu'elle ne suffit pas pour constituer une forme morbide. On sera la limite d'une semblable division fondée uniquement sur l'intensité de certains symptômes ou sur certaines déterminations de la température de la maladie? Par exemple, quelques écrivains demandent, admettent un pneumotiphus, un leucotiphus, un leucotyphus? Mais pourquoi pas alors un spleen typhus, un pneumotiphus, ou tout autre étant de typhus, ou tout de formes que l'on voudra?

(3) Équivalents dans les auteurs anciens : fièvre maligne lente; — nerveuse caractérisée de Willis; — lente nerveuse d'Huxham; — troisième espèce du Rostanus et de Sydenham.

Fig. 73. Fièvre typhoïde forme lente nerveuse. Réversion au bout de 12 jours. Guérison. — Homme de 27 ans.



XX Lotions vinaigrées, Vin alcool, Quinquina.

X Sulfate de Quinine-Vin.

X Vin, alcool et lotions vinaigrées.

Guérison température normale.