

maximum fébrile ne soit pas encore atteint; il se peut même que, dans cet intervalle, le malade n'ait pas présenté une seule fois l'un des chiffres thermiques élevés qu'on observe invariablement dans ce délai, lorsqu'il s'agit des formes communes. C'est une indisposition, c'est un simple malaise qui ne fait guère prévoir la gravité ni la durée des accidents ultérieurs; l'invasion est à ce point insidieuse que le patient peut se trouver sous le coup d'un danger sérieux, avant même que l'inquiétude ait été éveillée; c'est bien là, pour cette fois, *la maladie qui mord sans aboyer*. Dans cette période initiale, les symptômes sont ceux du processus typhique, mais ils sont moins accusés; non-seulement la fièvre est moins forte, mais la diarrhée est médiocre ou nulle, le météorisme manque, ou bien il est très-tardif, le catarrhe bronchique est peu accentué, parfois limité aux sommets; l'exanthème rosé peut faire totalement défaut: d'après mes observations, c'est dans cette forme qu'il manque le plus souvent. En fait, les déterminations locales sont réduites au minimum, et la maladie est surtout caractérisée par la consommation fébrile, et par des phénomènes nerveux; mais ici encore apparaît cette lenteur d'allures, cette nonchalance particulière qui atténue l'invasion du mal et l'intensité des symptômes abdomino-thoraciques. Le délire est calme et tranquille, présentant souvent la forme d'un marmotement monotone; il est bien rare que la connaissance des personnes et des choses soit perdue, mais la surdité est très-précoce et très-prononcée, et il y a très-souvent des soubresauts de tendons et de la trémulation musculaire. La langue se sèche, mais elle ne devient pas noire ni fuligineuse, la face reste pâle, les phénomènes de cyanose et d'asphyxie sont nuls ou à peine indiqués, l'action du cœur est faible, le pouls de fréquence modérée (rarement au-dessus de 100 à 108) est petit, dépressible, presque toujours dicrote et souvent trémulant; l'amaigrissement, qui débute de bonne heure, fait des progrès rapides. L'ÉTAT SUBJECTIF du malade n'est pas moins particulier: très-souffrant, très-mal à l'aise le soir, il éprouve le matin et jusque dans les premières heures de l'après-midi un bien-être relatif, une euphorie, qui n'est pas toujours explicable par une rémission thermique. — La FIÈVRE n'a plus la régularité propre aux formes communes (on ne doit comparer, cela va sans dire, que les cas sans complications). J'ai déjà signalé la longueur insolite de la période ascendante, le maximum thermique peut très-bien être différé jusqu'au douzième ou quinzième jour (voy. fig. 73); le mode des rémissions n'est pas moins anormal; après avoir présenté une amplitude excessive eu égard à l'âge de la maladie (voy. fig. 73; jours 12, 13; 17 à 21), elles deviennent quasi nulles, et ce phénomène apparaît plusieurs fois, de sorte qu'il est impossible de l'attribuer à quelque irrégularité fortuite et accidentelle (voy. fig. 73; jours 14; 23 à 28; 30 à 35). L'anomalie n'est pas moins flagrante en ce qui concerne les ascensions vespérales; même dans la période d'état, elles peuvent différer entre elles de

plus d'un degré, de sorte qu'on ne peut saisir une phase qui reproduise les caractères du stade à oscillations uniformes. Enfin, par une déroga-tion plus frappante encore, la température peut s'abaisser au chiffre normal ou dans son voisinage, sans qu'on doive en inférer que la maladie approche de son terme; loin de là, ces rémissions profondes sont suivies d'exacerbations vespérales élevées, ce qui justifie ma proposition tou-chant les poussées successives de la lésion anatomique. La défervescence est graduelle et souvent interrompue; elle est rarement achevée avant le quarante-cinquième ou le quarante-neuvième jour. A tous ces points de vue, le tracé 73 est un modèle parfait. Le malade auquel il se rapporte a été pris de réversion au bout de douze jours, et cette seconde atteinte a présenté la même forme que la précédente, à la durée près.

La forme lente nerveuse laisse après elle une prostration, un épui-sement extrêmes, souvent des troubles intellectuels torpides d'une certaine durée. Lorsqu'elle tue, la mort peut bien être causée par une hémorrha-gie, une perforation de l'intestin, en un mot par l'un quelconque des ac-cidents propres au typhus abdominal, mais le plus ordinairement cette terminaison est beaucoup plus tardive; le malade s'affaiblit de plus en plus; consumé par la fièvre, il arrive au marasme, souvent ses pieds s'infiltrent, et il s'éteint.

Les CAUSES de cette forme sont peu connues; très-rare ou tout à fait absente dans certaines épidémies, elle apparaît dans d'autres avec une cer-taine fréquence, et il est digne de remarque qu'elle se montre alors vers la fin de l'épidémie. Les conditions individuelles qui semblent la favoriser sont la débilité constitutionnelle, et une certaine tendance à l'hypochon-drie; tout au moins est-ce chez les sujets de cette classe qu'on l'observe de préférence. Le malade du tracé 73 réalisait le type du genre.

En étudiant les causes de mort aux diverses époques de la maladie, j'ai indiqué les caractères de la *forme ataxique* (1); je rappelle qu'elle est constituée non-seulement par des désordres nerveux graves, mais par une *température excessive*, par une marche irrégulière et tumultueuse, et par le développement très-précoce, souvent initial, de ces phénomènes distinc-tifs (voyez fig. 74 et 75). C'est par là que cette forme diffère de la variété cérébrale ou spinale, laquelle est uniquement spécialisée par l'apparition prompte ou tardive de symptômes cérébraux ou spinaux plus intenses que d'ordinaire. *La véritable forme ataxique est primitive*; la maladie éclate

(1) Équivalents dans les auteurs anciens : la plupart des FIÈVRES MALIGNES, dont ils faisaient deux classes, les *malignes putrides* et les *malignes sans putridité*. Ces der-nières répondent à l'ataxique pure; les premières à l'ataxique qui aboutit à l'adynamie. La *fièvre putride nerveuse* de Wintringham, la *catarrhale maligne pétéchiante* de Weit-brecht et Junker me paraissent correspondre aussi au typhus ataxique et ataxo-ady-na-mique.

avec ces caractères; cet aspect et ce danger particulier résultent directement de la gravité exceptionnelle de l'empoisonnement, ou des conditions spéciales du malade (alcoolisme).

Fig. 74

Fièvre typhoïde: forme dite ataxique. — Homme de 28 ans.

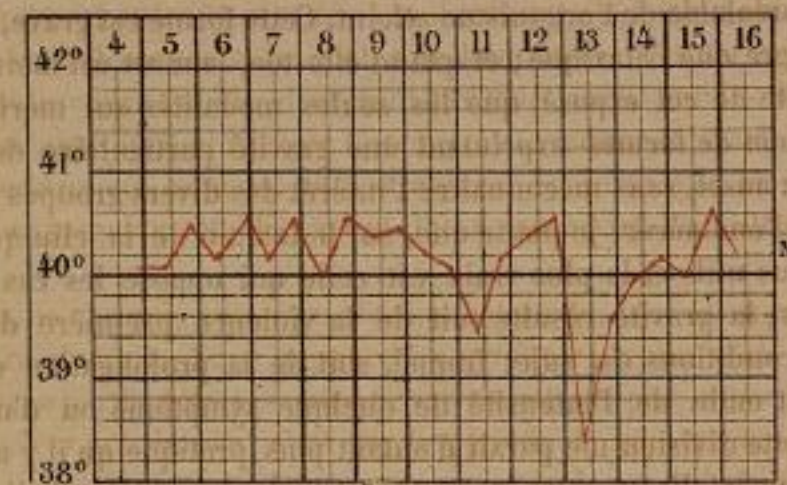
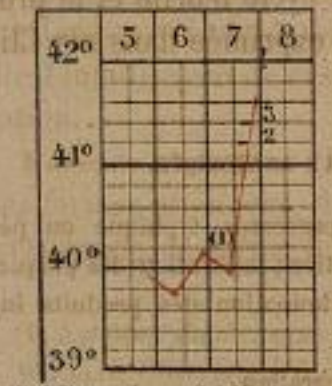


Fig. 75.

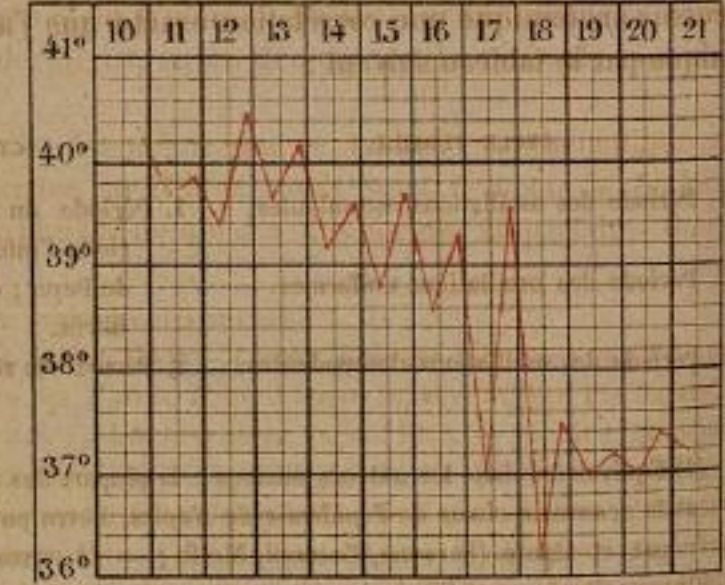
Fièvre typhoïde: forme dite ataxique. Mort au 7^e jour. — H. de 29 ans.



- (1) Délire nocturne. Subdélirium dans la journée.
(2) Température à 4 heures.
(3) idem à 5 h. une heure avant la mort.
(4) Temp. à 6 h. immédiatement après le dernier souper.

Fig. 76.

Fièvre typhoïde: défervescence brusque du 16^{ème} au 18^e jour. — Fille de 15 ans.



avec ces caractères; cet aspect et ce danger particulier résultent directement de la gravité exceptionnelle de l'empoisonnement, ou des conditions spéciales du malade (alcoolisme).

La même remarque est applicable à la forme adynamique (1) : il ne faut point entendre par là l'adynamie secondaire, qui existe, à un degré quelconque, dans toute fièvre typhoïde un peu longue; la vraie forme adynamique est primitive, elle aussi; à peine le malade est-il touché qu'il est prostré; la maladie le saisit d'emblée avec ce caractère, et force est bien de l'imputer encore ou au poison générateur (dose, ou qualité?), ou à l'altération préalable de l'organisme atteint. Cette forme est grave, mais pas au même degré que l'ataxique; et quand elle tue, la mort est moins prompte.

Il résulte de cet exposé que les seules modalités qui méritent réellement le nom de formes expriment une gravité particulière de l'infection typhoïde : aussi, sans méconnaître l'intérêt des divers groupes de faits que je viens d'énumérer, je pense que, sur le terrain de la clinique, la division la plus utile et la plus vraie est celle qui oppose les cas légers aux cas graves; la gravité résulte soit de la violence première de l'attaque, soit des conditions du sujet frappé, soit de la prolongation même de la fièvre, soit enfin de l'intensité de quelque symptôme ou d'une complication. Cette division me paraît d'autant plus pratique qu'il y a, en général, un rapport direct entre la gravité et la durée de la maladie.

La durée de la fièvre typhoïde commune (entendue jusqu'à la chute complète de la fièvre) est très-variable; elle oscille entre un minimum de dix-huit à vingt jours et un maximum de quarante-deux à quarante-neuf jours; la première période, ou période d'infection, durant de quatorze à vingt-huit jours; la seconde, ou période de réparation, étant comprise entre quatre et vingt et un jours. Il y a du reste entre le cycle fébrile et le processus anatomique une corrélation exacte que j'ai exprimée dans ma Clinique par le tableau suivant :

CYCLE FÉBRILE.

CYCLE ANATOMIQUE.

- 1. Période des oscillations ascendantes. 1. Période du processus typhique ou période d'infection; infiltration des plaques de Peyer; élimination des produits infiltrés.
2. Période des oscillations uniformes.
3. Période des oscillations descendantes. 2. Période de réparation.

(1) Équivalents dans les auteurs anciens : la plupart des fièvres putrides, et notamment la deuxième classe de l'épidémie de Naples, fièvre putride dès son origine, gangréneuse et algide (Sarcone, Cotunni, Merli); — la seconde espèce de l'épidémie de Cöttingen (Roderer et Wagler); c'était, disent-ils, la muqueuse aiguë maligne qui était en même temps bilieuse et putride; — la synoque putride de Ferael, Sennert, Bellini, Borsieri; — la continue putride de Boerhaave; — peut-être enfin la pétéchiale d'Hoffmann.

Les différences que présente la maladie dans sa durée permettent de répartir les faits en trois groupes, savoir : *durée courte* (dix-huit à vingt jours); — *durée moyenne* (vingt et un à trente-cinq jours); — *durée longue* (trente-cinq à quarante-neuf jours). Or les formes graves sont de durée moyenne ou longue, les formes légères sont de durée courte ou moyenne; ainsi est justifié le rapport direct que j'annonçais plus haut entre la gravité et la durée; à ce rapport je ne connais qu'une exception; elle est fournie par la forme grave entre toutes, par la forme ataxique primitive (*forme hyperthermique*), qui peut tuer du sixième au quatorzième jour. — Le rapport entre la gravité et la durée est également exact si l'on considère la convalescence et les suites de la maladie : les formes légères ont une convalescence rapide et ne sont presque jamais suivies de ces accidents secondaires qui, après une fièvre grave, retiennent parfois le malade au lit pendant six, sept ou huit semaines, de sorte que la durée totale (entendue jusqu'au rétablissement d'une santé parfaite) peut dépasser trois mois.

Dans certains cas qui, sans être absolument rares, sont assez exceptionnels pour être distraits d'une supputation générale, la durée de la fièvre typhoïde, jugée par la défervescence fébrile, n'atteint pas même le minimum de la série précédente; c'est sur la période de réparation que porte d'ordinaire l'abréviation : la défervescence par lysis est remplacée par une défervescence brusque, qui est complète en quarante-huit ou même en vingt-quatre heures, et la durée de la maladie est ainsi limitée entre quatorze et dix-huit jours (voy. fig. 76, 77, 78). Ces faits, dans lesquels le processus typhique est à sa plus faible expression, puisque la réparation se confond, à deux jours près, avec la convalescence, ces faits, dis-je, établissent une transition naturelle entre les formes communes à durée courte, et les formes vraiment abortives du typhus abdominal; cette transition facilite l'intelligence de ces dernières, en en démontrant la véritable signification.

Formes abortives (1). — De même que le typhus exanthématique a ses formes atténuées, décrites par Hildenbrandt sous le nom de *typhus levissimus*, de même le typhus abdominal a des formes imparfaites dont

(1) *Synoque simple, synoque prolongée* des anciens.

WEGELIN, *Dissertation inaug.* Zurich, 1854. — LEBERT, *Beiträge zur genaueren Kenntniss der verschiedenen Formen des Typhus. Ueber Abortiv-Typhus* (Prager Vierteljahr. 1857-1872). — SCHMID, *Ueber den Typhus levissimus*. Zurich, 1862. — JACCOUD, *Clinique méd.* Paris, 1867. — GUILBERT, *Sur la fièvre typhoïde très-légère* (Union méd., 1869). — LAYERAN, *De la f. typh. abortive ou fébricule typhoïde* (Arch. gén. de méd., 1870). — JÜRGENSEN, *Ueber die leichteren Formen des Abdominaltyphus* (Volkmann's klin. Vorträge, 1873). — BRUNNER, *Ueber Typhus levissimus* (Aerzil. bad. Mittheil., 1874). — *Exemples de f. typhoïdes frustes à forme apprétique et ambulatoire* (Union méd. 1874).

Les différences que présente la maladie dans sa durée permettent de répartir les faits en trois groupes, savoir : *durée courte* (dix-huit à vingt jours); — *durée moyenne* (vingt et un à trente-cinq jours); — *durée longue* (trente-cinq à quarante-neuf jours). Or les formes graves sont de durée moyenne ou longue, les formes légères sont de durée courte ou moyenne; ainsi est justifié le rapport direct que j'annonçais plus haut entre la gravité et la durée; à ce rapport je ne connais qu'une exception; elle est fournie par la forme grave entre toutes, par la forme ataxique primitive (*forme hyperthermique*), qui peut tuer du sixième au quatorzième jour. — Le rapport entre la gravité et la durée est également exact si l'on considère la convalescence et les suites de la maladie : les formes légères ont une convalescence rapide et ne sont presque jamais suivies de ces accidents secondaires qui, après une fièvre grave, retiennent parfois le malade au lit pendant six, sept ou huit semaines, de sorte que la durée totale (entendue jusqu'au rétablissement d'une santé parfaite) peut dépasser trois mois.

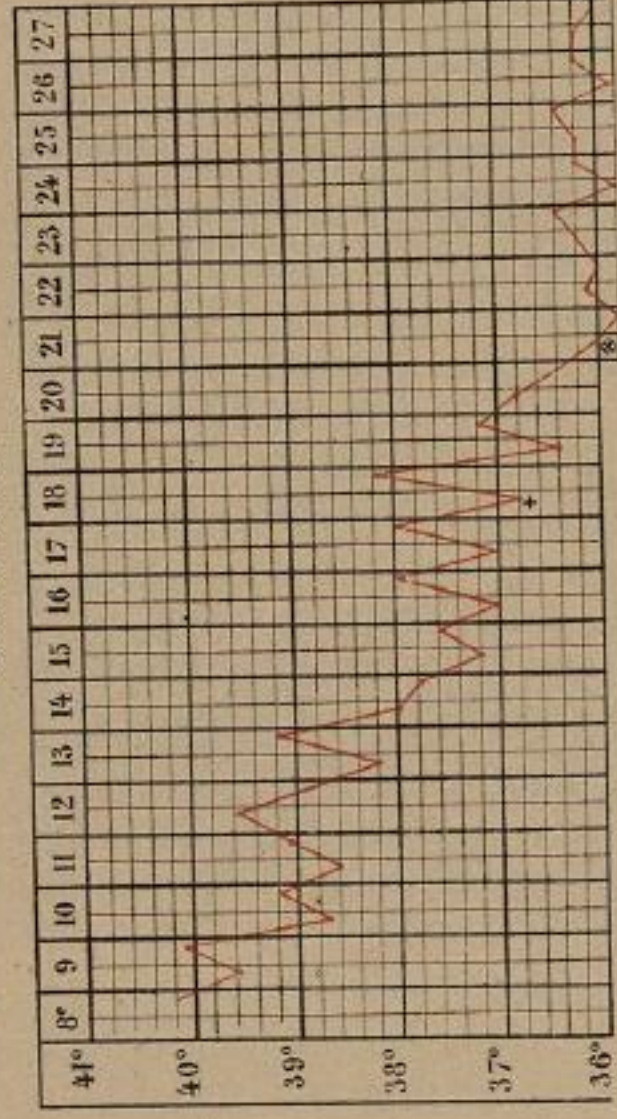
Dans certains cas qui, sans être absolument rares, sont assez exceptionnels pour être distraits d'une supputation générale, la durée de la fièvre typhoïde, jugée par la défervescence fébrile, n'atteint pas même le minimum de la série précédente; c'est sur la période de réparation que porte d'ordinaire l'abréviation : la défervescence par lysis est remplacée par une défervescence brusque, qui est complète en quarante-huit ou même en vingt-quatre heures, et la durée de la maladie est ainsi limitée entre quatorze et dix-huit jours (voy. fig. 76, 77, 78). Ces faits, dans lesquels le processus typhique est à sa plus faible expression, puisque la réparation se confond, à deux jours près, avec la convalescence, ces faits, dis-je, établissent une transition naturelle entre les formes communes à durée courte, et les formes vraiment abortives du typhus abdominal; cette transition facilite l'intelligence de ces dernières, en en démontrant la véritable signification.

Formes abortives (1). — De même que le typhus exanthématique a ses formes atténuées, décrites par Hildenbrandt sous le nom de *typhus levissimus*, de même le typhus abdominal a des formes imparfaites dont

(1) *Synoque simple, synoque prolongée* des anciens.

WEGELIN, *Dissertation inaug.* Zurich, 1854. — LEBERT, *Beiträge zur genaueren Kenntniss der verschiedenen Formen des Typhus. Ueber Abortiv-Typhus* (Prager Vierteljahr. 1857-1872). — SCHMID, *Ueber den Typhus levissimus*. Zurich, 1862. — JACCOUD, *Clinique méd.* Paris, 1867. — GUILBERT, *Sur la fièvre typhoïde très-légère* (Union méd., 1869). — LAYERAN, *De la f. typh. abortive ou fébricule typhoïde* (Arch. gén. de méd., 1870). — JÜRGENSEN, *Ueber die leichteren Formen des Abdominaltyphus* (Volkmann's klin. Vorträge, 1873). — BRUNNER, *Ueber Typhus levissimus* (Aerzil. bad. Mittheil., 1874). — *Exemples de f. typhoïdes frustes à forme apprétique et ambulatoire* (Union méd. 1874).

Fig. 77.
Fièvre typhoïde. Défervescence brusque du 13^e au 15^e jour.¹⁾
Homme de 18 ans.



1 Léger écart de régime.

(1) Ce tracé et le suivant sont des exemples de fièvre typhoïde à durée exceptionnellement courte. Cette variété établit la transition entre la forme commune et la forme vraiment abortive à laquelle appartenaient les casés 79, 80, 81 et 82.

* Température de collapsus pendant la convalescence.

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

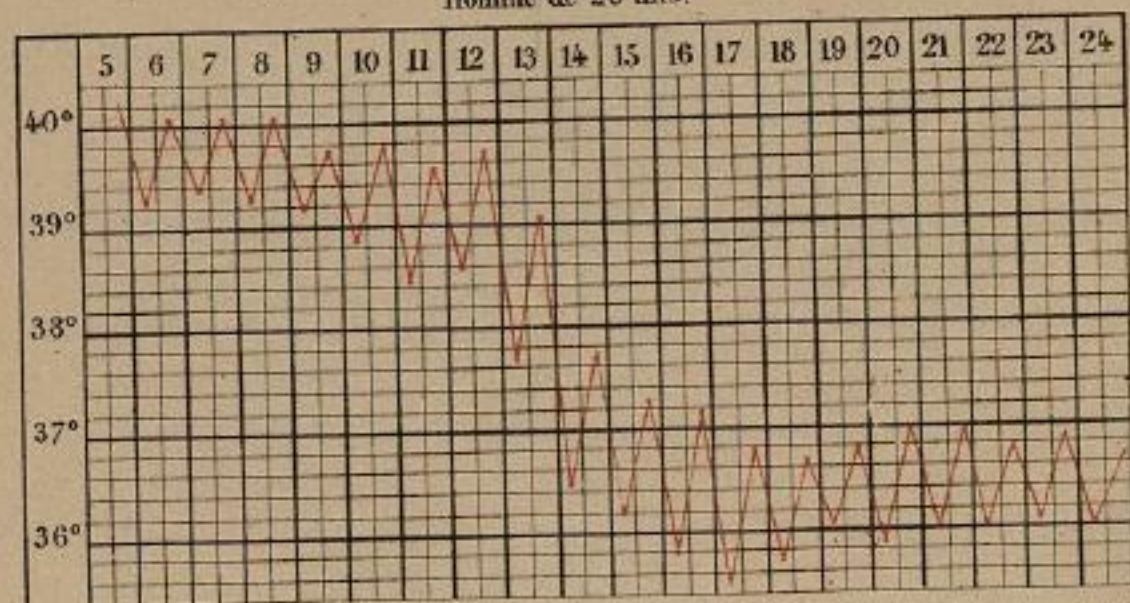
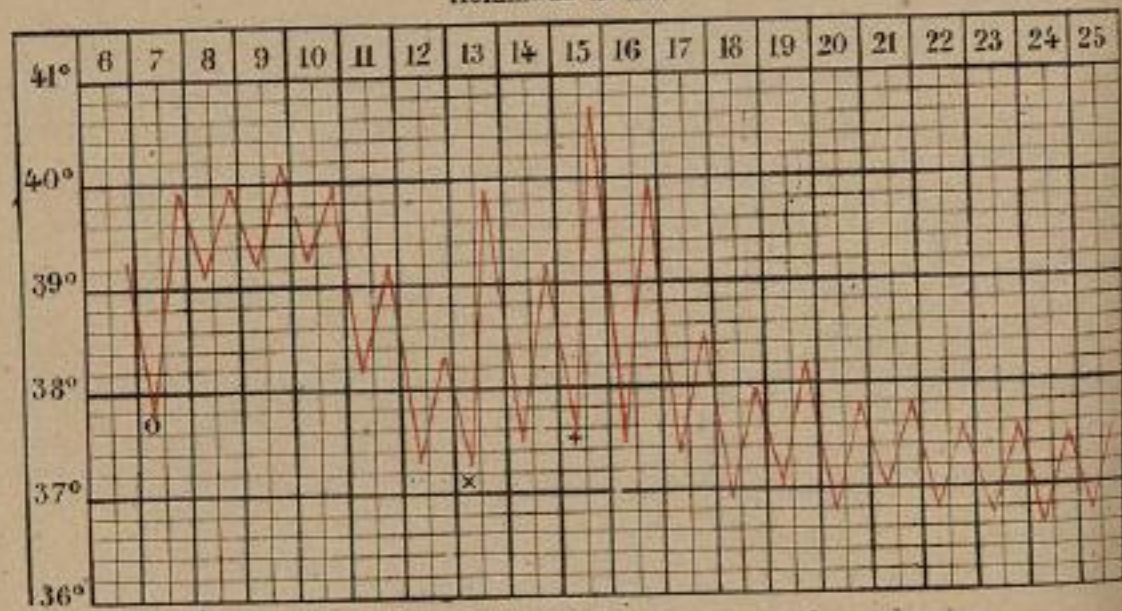


Fig. 79
Fièvre typhoïde: forme abortive. Défervescence brusque du 11^e au 12^e jour.
Homme de 18 ans.



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

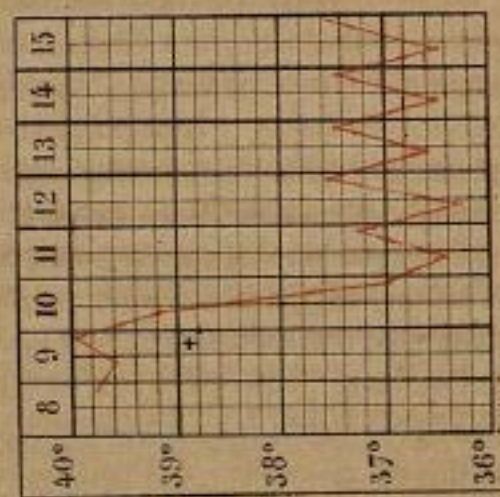
le peu de durée est inconciliable avec l'évolution complète de la lésion anatomique; de là le nom très-juste de *typhus abortif*, qu'a proposé mon ami Lebert, et qui est généralement adopté. Le début est celui de la fièvre typhoïde à invasion brusque, rarement il y a de la céphalalgie un jour ou deux 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 catarhe 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.



* Sueurs extrêmement abondantes

Fig. 81.

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

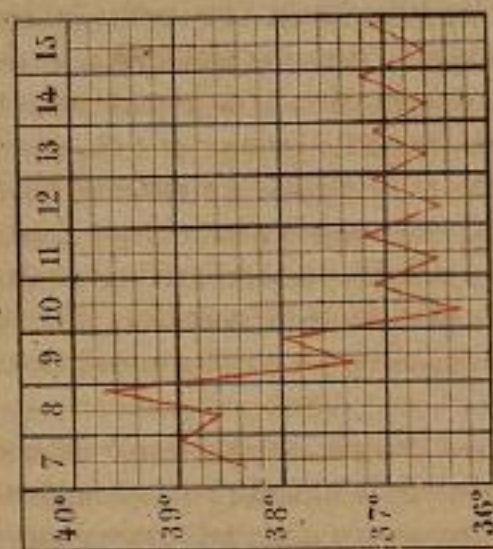
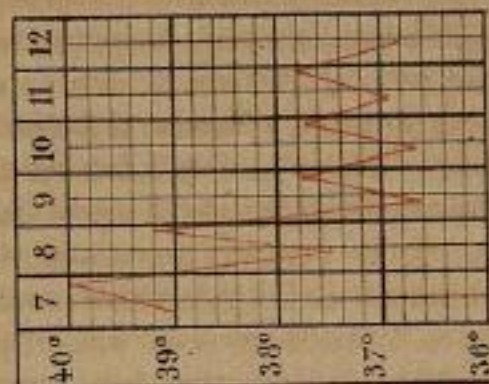


Fig. 82.

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, quizième 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, *Gangrän 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 Gangrän 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'HYDROPISES 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 suppurations 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 BRIGTIQUE 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 RECRUDESCENCE 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 hémorragie 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 hémorragique), 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 hémorragies 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 fever; — typhus d'Irlande, des camps, des prisons; — typhus nerveux.
Voy. le chapitre suivant.

qui est bien plus précoce par conséquent que la roséole typhoïde, et qui est toujours infiniment plus abondant. Au moment de son éclosion, cette éruption est fréquemment accompagnée d'une suffusion hyperémique générale de l'enveloppe cutanée; dans les deux premiers jours, les taches disparaissent complètement à la pression, mais au bout de ce temps elles prennent très-souvent le caractère *pétéchial*, et l'éruption peut arriver, par cette métamorphose, à une durée totale de dix à quatorze jours, tandis que, dans les autres cas, les macules persistent seulement trois à cinq jours. — La MARCHÉ est plus rapide que celle de la fièvre typhoïde; dans les cas légers, la *déferescence* a lieu au septième jour; dans ceux d'intensité moyenne, elle est différée jusqu'au dixième ou onzième; enfin, dans les cas graves, la chute définitive de la fièvre n'a lieu que du quatorzième au vingtième jour. La *déferescence* ne procède pas par lysis; elle est brusque et critique, et coïncide souvent avec des sueurs, de la diarrhée ou une production de furoncles.

La mortalité varie considérablement dans les diverses épidémies; de 15 à 20 pour 100 dans celles d'intensité moyenne, elle arrive à 30 et même 50 pour 100 dans les épidémies des armées en campagne, qui présentent toutes les conditions nocives à leur maximum de puissance. Le plus grand nombre des cas de mort appartient à l'intervalle du dixième au quinzième jour; dans les épidémies graves, la terminaison mortelle peut avoir lieu dès le sixième jour, et il ne manque pas d'exemples d'individus ayant succombé le deuxième et le troisième jour, au milieu de désordres nerveux d'une remarquable violence (*typhus siderans*).

Le *typhus cérébro-spinal* (1) diffère du typhus abdominal par sa détermination sur les enveloppes de l'axe cérébro-spinal, par la brusquerie de l'invasion, par l'apparition subite (dès le premier ou le second jour) de vomissements, de contractures tétaniformes dans la région cervico-dorsale, par la prostration précoce des forces, par le développement non moins rapide du délire, puis du coma, par la rareté de la diarrhée, par la production très-fréquente d'un herpès naso-labial sans signification pronostique, et, dans un grand nombre de cas, par une éruption généralisée de taches hémorragiques de couleur brune ou même noire. La fièvre ne présente aucun caractère constant; elle peut débiter avec les chiffres extrêmes de la méningite commune, mais elle ne s'y maintient pas, et bien souvent elle ne les atteint jamais; elle est, avant tout, remarquable par son irrégularité, qui est telle que les rémissions peuvent amener soudainement les chiffres thermiques du collapsus. Si quelques malades n'ont succombé qu'après trente jours et même plus tard, il n'est pas moins vrai que la marche de ce typhus est ordinairement très-rapide; il peut tuer dès le

(1) Méningite cérébro-spinale épidémique; — *febris purpurata*; — *spotted fever*. Voy. chapitre VIII.

premier septénaire et plus tôt encore, dans les deux ou trois premiers jours. Dans les cas qui guérissent, la marche est plus lente, la durée peut égaler celle de la fièvre typhoïde, et la convalescence est prolongée et pénible. — A l'autopsie il n'y a pas de lésions intestinales; mais la rate est souvent grosse, et l'on observe une inflammation suppurée des méninges cérébro-spinales, parfois aussi des suppurations articulaires (1).

TRAITEMENT.

Les notions étiologiques font comprendre le rôle prépondérant de l'*hygiène publique* dans la PROPHYLAXIE du typhus abdominal; préserver le sol de l'imprégnation des excréments humains, prévenir l'accumulation, la stagnation et la décomposition de ces matières, voilà les mesures fondamentales, et vraiment puissantes, comme le prouvent les résultats obtenus en Angleterre et même à Londres. A ces mesures, il faut joindre une surveillance rigoureuse (appuyée d'une sanction pénale) sur les conditions des logements, au point de vue de l'espace et de l'aération, et une vérification fréquente de l'état des puits et des fontaines, qui doivent être constamment maintenus à l'abri de toute infiltration suspecte. — La spontanéité possible de la fièvre typhoïde commande moins impérieusement l'isolement des malades dans les hôpitaux, du moins pour les cas sporadiques; mais les déjections, les linges doivent être l'objet des mêmes précautions qui ont été indiquées à propos du choléra, et en temps d'épidémie il faut instituer sans retard l'isolement réel des malades. — La prophylaxie individuelle est toute dans l'observance stricte des préceptes de l'hygiène.

Aucun remède ne préserve des atteintes du poison typhique, il n'y a donc pas de médication prophylactique. En est-il une, par contre, qui ait le pouvoir d'empêcher le développement complet des accidents chez l'individu

(1) Je crois devoir faire remarquer que la détermination méningée qui donne à la maladie son expression clinique n'est pas toujours anatomiquement réalisée; la lésion peut manquer tout à fait si la mort est très-rapide, conséquemment la méningite n'est qu'une localisation, un effet secondaire de l'infection, au même titre que l'altération des plaques dans le typhus abdominal. Un garçon de dix-sept ans, observé par le professeur Leyden, revient chez lui de l'école avec une forte céphalalgie et du vertige; presque aussitôt il est pris de vomissements, la douleur gagne la nuque, le dos, et acquiert une intolérable violence; puis surviennent des crampes, de l'opisthotonos, du délire, du coma, et la mort au bout de quatorze heures. L'autopsie, faite par le professeur Recklinghausen, a donné des résultats complètement négatifs.

Les faits de ce genre condamnent l'opinion qui ne voit dans le typhus cérébro-spinal qu'une méningite commune à développement épidémique.

infecté, d'enrayer l'action du poison, et, selon l'expression usuelle, de couper la maladie? Beaucoup l'ont cru, et trois méthodes ont été préconisées: les saignées coup sur coup, les vomitifs répétés, et plus récemment le calomel à fortes doses, cinquante centigrammes à un gramme (Taufflieb, Wunderlich). Je ne crois pas à l'efficacité de ces moyens; la fièvre typhoïde, pas plus que la variole ou la rougeole, ne peut être coupée; cela dit, les trois méthodes ne doivent pas être mises sur le même rang: la première est toujours dangereuse; la seconde est pour le moins parfaitement inutile, et peut être nuisible si on l'applique avec trop de persévérance; la troisième, dans les limites où Wunderlich l'a proposée, et que j'ai observées moi-même, a au moins l'avantage de ne pas faire de mal; mais quant à couper la maladie, c'est autre chose; j'ai vu la fièvre subir une rémission momentanée, mais je n'ai jamais rien vu qui m'autorise à croire que j'avais enrayer l'évolution d'une fièvre typhoïde à développement complet: je ne vois même pas comment cette assertion pourrait être justifiée, aujourd'hui qu'on connaît si bien les formes abrégées de la maladie; et pour dire toute ma pensée, ce sont les formes abortives qui ont fait croire au succès du traitement abortif.

La partie hygiénique du traitement, les soins de détail sont d'une extrême importance; la chambre des malades doit être spacieuse, l'air doit y être renouvelé deux fois par jour au moins, et la température ne doit pas dépasser 15 à 18 degrés; les déjections ne doivent jamais séjourner dans la pièce, les linges de literie doivent être changés dès qu'ils présentent la moindre souillure; et lorsqu'on peut placer deux lits dans la chambre, il faut que le malade soit changé de lit matin et soir. Il convient de proscrire tout à fait les lits de plume; les oreillers seront en crin, et en nombre suffisant pour que la tête, le cou et la partie supérieure du thorax soient un peu élevés; enfin on veillera à ce que les draps ne fassent pas de plis saillants, car cette pression additionnelle peut hâter, dans les cas graves, la formation des eschares.

La lecture de la bibliographie ci-jointe (1) peut donner une idée de la

(1) HALLMANN, Ueber eine zweckmässige Behandlung des Typhus, Berlin, 1844. — DELARROQUE, loc. cit. — GUPON, Revue méd.-chir., 1852. — LECORTE, *Bullet. Acad. méd.*, 1852. — KLESEMANN, Sulfate de quinine (*Preussische Vereinszeitung*, 1852). — ARMITAGE, Eau froide (*Bullet. de therap.*, 1852). — FAUCONNEAU-DUPRESNE, Mème sujet (*Union méd.*, 1852). — LEROY, Saignées au début et eau froide intus et extra (*Union méd.*, 1852). — BRUG, Calomel (*Preuss Vereinszeitung*, 1852). — YATES, Nitrate d'argent (*Dublin quarterly Journ. of med. Sc.*, 1853). — BARCLAY, Sulfate de quinine (*Med. Times and Gaz.*, 1853). — DUNDAS, Mème sujet (*Eodem loco*). — FLETCHER, Mème sujet (*Eodem loco*). — LAUVERGNE, Mème sujet (*Union méd.*, 1853). — CALVO, Évacuants (*Presse méd.*, 1853). — VALLEIX, Résultats comparatifs du traitement par la saignée et l'eau froide (*Union méd.*, 1853). — ARAN, Teinture d'iode à l'intérieur (*Bullet. de*

multiplicité des médications qui ont été dirigées contre le typhus abdominal; la revue en serait aussi fastidieuse que stérile, et je veux me borner à exposer le traitement que je mets en pratique depuis plusieurs années.

thérap., 1853). — CARRÉ, Calomel (*Soc. de méd. de Chambéry*, 1854). — LEBEAU, Vésicatoires sur la tête (*Arch. belges de méd. milit.*, 1854). — SECRETAIN, Résultats comparés de cinq méthodes de traitement (*Soc. de méd. de Gannat*, 1854). — POULET, Tartre stibié (*Union méd.*, 1855). — DELACROIX, Ammoniaque (*Journ. des conn. méd.-chir.*, 1855). — ODIER, Charbon et hydrate de magnésie (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1855). — CHAPELLE, Goudron (*Union méd.*, 1855).

KERN, Ueber die Behandlung des Typhus nach Beobachtungen auf der ersten medic. Klinik im städtischen Krankenhaus zu München (*Wiener med. Wochen.*, 1856). — FELDMANN, Beiträge zur Therapie des typhösen Fiebers (*Aerätisches Intell. Blatt*, 1855-1856). — PEACOCK, Sulfate de quinine (*Med. Times and Gaz.*, 1856). — BIBARD, Sur le traitement abortif (*Bullet. Acad. méd.*, 1856). — SMITH, Traitement en général (*New-Orleans med. and surg. Journal*, 1856). — FLORENTIN, Sulfate de quinine (*Abeille méd.*, 1857). — WALSER, Acétate de plomb (*Würtemb. Corresp. Blatt*, 1857). — ALEXANDROFF, Usage interne de la glycérine (*Med. Zeit. Russlands*, 1857). — PIORRY, Soins et moyens de traitement que réclament les éruptions et eschares de la région sacrée dans les fièvres graves (*Gaz. hóp.*, 1857). — MORISON, Chlorate de potasse (*Pacific med. and surg. Journal*, 1858). — TALIAFERRO, Mème sujet (*Atlanta med. and surg. Journal*, 1858). — KORTUM, Traitement abortif (*Deutsche Klinik*, 1858). — KUCZYNSKY, Iodure de potassium (*Med. Zeit. Russlands*, 1858). — WUNDERLICH, Calomel (*Dessen Archiv*, 1857). — PINNOY, Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers, 1858. — PLACGE, Traitement abortif (*Bayer. Intellig. Blatt*, 1859). — KERSCHENSTEINER, Mème sujet (*Eodem loco*). — BREUNING, Zur Beschränkung der typhösen Erkrankungen (*Wiener med. Wochen.*, 1859). — MAGONTY, Nouveau traitement de la fièvre typhoïde, Paris, 1859.

BRINTON, Traitement en général (*the Lancet*, 1860). — MONNERET, Alimentation (*Bullet. therap.*, 1860). — JACCOUD, Mème sujet (*Notes à la traduction de Graves*). — TREISSIER, Quinquina (*Gaz. méd. Lyon*, 1860). — CAPELLE, Goudron (*France méd.*, 1861). — CRAMBER, Clinical Lecture on the Renewal of Life in continued Fever (*Med. Times and Gaz.*, 1861). — WUNDERLICH, Digitale (*Archiv der Heilkunde*, 1862). — RENARD, Alimentation et toniques, thèse de Strasbourg, 1861. — HULLIN, Tannate de quinine (*Mém. de médecine*, Paris, 1862). — BERTRAND, Traitement abortif (*Gaz. hóp.*, 1863). — PÉCHOLIER, Quinquina (*Compt. rend. Acad. sc.*, 1863). — FERRINI, Sulfites (*Annal. univ. di med.*, 1863). — HELDMANN, Opium (*Wiener med. Wochen.*, 1863). — FERBER, Digitale (*Virchow's Archiv*, 1864). — REDWOOD, Vin de Porto (*the Lancet*, 1864). — OSBORN, On the comparative value of sulphuric Ether and Ammonia, and Chloric Ether and Ammonia in Typhoid fever (*the Lancet*, 1864). — MAZADE, Sulfate de quinine (*Bullet. de therap.*, 1864). — BRAND, Die Hydrotherapie des Typhus, Stettin, 1861. — Zur Hydrotherapie des Typhus, Stettin, 1863. — RATZEN, De hydropathia typhi abdominalis. Kiliae, 1864. — BARTELS, Ueber die wärmeentziehende Methode in fieberhaften Krankheiten (*Wiener Allg. Zeits.*, 1865). — NETTER, Nettoyement de la langue (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1865). — WILLEBRAND, Iode (*Virchow's Archiv*, 1865). — LOEDERICH, Digitale, thèse de Strasbourg, 1864. — BUCQUOY, Affusions froides (*Bullet. de therap.*, 1866). — ZIEMSEN, Eau froide (*Centralbl. f. d. med. Wissen.*, 1866). — FRÖLICH, Mème sujet

Aucun des moyens qui composent ce traitement complexe n'est nouveau; il n'est pas un d'eux qui n'ait été isolément proposé et employé; ce qui est nouveau, ce qui fait l'originalité de ma méthode, c'est l'ensemble des procédés

(*Archiv der Heilk.*, 1866). — JÜRGENSEN, *Klinische Studien über die Behandlung des Abdominaltyphus mittelst des kalten Wassers*. Leipzig, 1866. — OBERNIER, *Iode* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1866). — CLEMENS, *Huile de foie de morue* (*Deutsche Klinik*, 1866). — FLAMM, *Opiacés* (*Wien. med. Wochen.*, 1866).

BARTH, *Beiträge zur Wasserbehandlung des Typhus*. Dorpat, 1867. — PETRI, *Hydrotherapie bei Typhus abdom.* Coblenz, 1867. — CONRADI, *Calomel* (*Norsk Magaz.*, 1867). — LIEBERMEISTER, *Bericht über die Resultate der Behandlung des Abdominaltyphus* (*Arch. f. klin. Med.*, 1868). — KUHN, *Sur le traitement de la fièvre typhoïde* (*Gas. méd. Strasbourg*, 1868). — YEO, *On the treatment of typhoid fever* (*Med. Times and Gaz.*, 1868). — CROSS, *The sulphites in typhoid or enteric fever* (*the Lancet*, 1868). — BROADGEEST, *Over typhoïde koorts en hare behandeling met koele baden* (*Nederl. Arch. voor Geneesk.*, 1869). — HAMILTON, *Acide sulfureux* (*the Lancet*, 1869). — TRÖLZSCHER, *Bicarbonat de soude et magnésie carbonatée* (*Wiener med. Presse*, 1869). — HANKEL, *Digitale* (*Archiv der Heilkunde*, 1869). — *Deutsche Klinik*, 1869. — RICHTER, *Ueber Behandlung des Typhus* (*Deutsche Klinik*, 1869). — HIRTZ, *Digitale* (*Bullet. de therap.*, 1869). — NETTER, *Médication quinique* (*Gas. méd. Strasbourg*, 1869). — PÉCHOLIER, *Créosote* (*Bullet. de therap.*, 1869). — ERDMENGER, *Ueber die Behandlung des Typhus abdominalis mit Kaltwasser und Chinin*. Halle, 1869. — GERHARDT, *Eau froide* (*Wiener med. Presse*, 1869). — OPITZ, *Beitrag zur Kaltwasser-Behandlung bei Ileotyphus*. Iena, 1869. — ZIEMSEN und IMMERMANN, *Die Kaltwasserbehandlung des Typhus abdominalis*. Leipzig, 1869. — STIELER, *Ueber 10 Todesfälle im Typhus bei der Kaltwasserbehandlung* (*Zeits. f. ration. Med.*, 1869). — WILTSHIRE, *Glycérine* (*Brit. med. and surg. Journal*, 1869). — HAESSENDONCK, *Traitement en général* (*Gas. méd. Strasbourg*, 1869).

CORTIAL, *Essai sur les indications therap. dans la f. typhoïde*, thèse de Strasbourg, 1869. — LASAUCE, *Médication iodée*, thèse de Strasbourg, 1869. — DUTAUZIN, *Traitement en général* (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1870). — YULE, *Traitement par le lait* (*Med. Times and Gaz.*, 1870). — KELLY, *Belladone* (*Eodem loco*, 1870). — OHLSEN, *Sulfate de quinine* (*Gas. méd. Lomb.*, 1870). — VERARDINI, *Della silicina contra le tifoide nell'uomo, etc.* Bologna, 1870. — WILKS, *Acide sulfureux* (*Brit. med. Journ.*, 1870). — BARNES, *Chloral* (*Eodem loco*, 1870). — PREUSS, *Hydrotherapie* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1870). — MERKEL, *Bains froids* (*Arch. f. klin. Med.*, 1870). — STÖHR, *Bains froids* (*Verhandl. der phys. med. Gesells. in Würzburg*, 1870). — VON BÖCK, *Bains froids* (*Bayer. Intellig. Blatt*, 1870). — WURM, *Bains froids* (*Eodem loco*, 1870). — SCHNEIDER, *Bains froids* (*Memorabilien*, 1870). — SCHROEDER, *Bains froids* (*Petersb. med. Zeits.*, 1870). — BRONDGEEST, *Bains froids* (*Nederl. Arch. voor Geneesk-en Natuurkunde*, 1870). — LAMBERT, *Affusions froides* (*Bullet. therap.*, 1870). — FEHRSSEN, *Bains froids* (*the Lancet*, 1870).

BILLIARD, *Seigle ergoté* (*Bullet. therap.*, 1871). — MORACHE, *Créosote* (*Gas. hôp.*, 1871). — HELLRAETH, *Bains froids*. Berlin, 1871. — SCHOLZ, *Bains froids* (*Arch. f. klin. Med.*, 1871). — POPPER, *Bains froids* (*Oester. Zeits. f. Heilk.*, 1871). — DRASCH, *Bains froids* (*Wien. med. Presse*, 1871). — KRÜCKULA, *Hydrotherapie* (*Eodem loco*, 1871). — WEISER, *Hydrotherapie* (*Wien. med. Wochen.*, 1871). — LISSAUER, *Antipyrétiques* (*Vir-*

dès qui la constituent, c'est l'application imperturbable que j'en fais depuis le moment même où je suis certain du diagnostic jusqu'à la chute définitive de la fièvre. Je tiens pour une faute l'expectation pure jusqu'à production d'ac-

chow's Archiv, LIII; 1871). — BÖHM und MICHEL, *Bains froids* (*Arch. f. klin. Med.*, 1871). — BRZ, *Antipyrétiques* (*the Lancet*, 1871). — TYNDALE, *Bains froids* (*St. Louis med. and surg. Journ.*, 1871).

WUNDERLICH, *Ueber Darmblutungen bei Typhus unter der Kaltwasserbehandlung* (*Arch. d. Heilkunde*, 1872). — DREWKE, *Zur Therapie des Ileotyphus*. Berlin, 1872. — TÉMOIN, *Bullet. therap.*, 1872. — LITTLE, *Dublin Journ. of med. Sc.*, 1872. — PERCIVAL, *Quinine* (*The Lancet*, 1872). — SHOLL, *Ipecacuanha* (*Philad. med. and surg. Rep.*, 1872). — KENNEDY, *Emetica* (*Med. Press and Circular*, 1872). — DUFFIELD, *Baptisia tinctoria* (*New-York med. Record*, 1872). — WILMOT, *Bloodletting in congestions after fever* (*Med. Times and Gaz.*, 1872). — BRAND, *Was versteht man unter Hydrotherapie des Typhus* (*Wien. med. Wochen.*, 1872). — STECHEN, *Kaltwasserbehandlung* (*Deuts. Militärärztl. Zeits.*, 1872). — RIEGEL, *Même sujet* (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1872). — BAUER, *Même sujet* (*Bayr. ärztl. Intellig. Bl.*, 1872). — GÖTZ, *Même sujet* (*Prager Viertelj. f. Heilk.*, 1872). — SAMUEL, *Même sujet* (*Gas. méd. Strasbourg*, 1872). — FERRAND, *Des réfrigérants* (*Bullet. therap.*, 1872). — BRADBURY, *Bains* (*Brit. med. Journ.*, 1872). — WREED, *Treatment of hæmorrhage from the bowels in typhoid fever* (*Buffalo med. and surg. Journ.*, 1872).

TÉMOIN, *Bullet. therap.*, 1873. — BEHRENS, *Eau froide* (*Deutsche Klinik*, 1873). — CASPARI, *Même sujet* (*Eodem loco*). — GLÉNARD, *Même sujet* (*Lyon méd.*, 1873). — ANDERSON, *Même sujet* (*Glasgow med. Journ.*, 1873). — LUTON, *Diète hydrique* (*Mouvem. méd.*, 1873). — SORRETS, *Digitale et quinine* (*Bullet. therap.*, 1873). — BIDARD, *Tartre stibié* (*Eodem loco*). — FOURRIER, *Alcool* (*Eodem loco*). — MACLEAN, *Brit. med. Journ.*, 1873. — LISLE, *Buttermilk* (*Med. Times and Gaz.*, 1873). — LENDER, *Sauerstoff und elektrischer Sauerstoff* (*Deutsche Klin.*, 1873). — MARTINEAU, *Emploi topique du chloral contre les eschares* (*Gas. hôp.*, 1873). — ZUELZER, *Beschreibung eines Bettgestells f. typhöse Kranke* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1873).

PÉCHOLIER, *Sur les indications du traitement de la f. typhoïde par la créosote, l'acide phénique et les affusions d'eau froide*. Paris, 1874. — FERRAND, *Note relative aux résultats de la statistique appliquée au traitement des f. typhoïdes* (*Union méd.*, 1874). — VOPELIUS, *Ein Beitrag zur Therapie des Typhus abd.* Iena, 1874. — HALLER, *Ueber die Behandlungsweise des Typhus* (*Wien. med. Presse*, 1874). — WINTERNITZ, *Eodem loco*. — BÖGEHOLD, *Ueber die neueren Behandlungsweisen des Abd. Typhus*. Berlin, 1874. — LEDERER, *Bains froids* (*Allg. milit. ärztl. Zeit.*, 1874). — SCHMID, *Même sujet* (*Arch. f. klin. Med.*, 1874). — LIEBEMANN, *Même sujet* (*Union méd.*, 1874). — BARDUZZI, *Même sujet* (*Il Raccogliore med.*, 1874). — BÉRIER, *Même sujet* (*Bullet. therap.*, 1874). — MARDUEL, *Même sujet* (*Lyon méd.*, 1874). — MOURET, *Même sujet* (*Eodem loco*). — MATET et WEIL, *Même sujet* (*Gas. hebdom.*, 1874). — GROSSET, *Même sujet* (*Montpellier méd.*, 1874). — PÉCHAUD, *Même sujet* (*Rec. de mém. de méd. milit.*, 1874). — FAIVRE, GLÉNARD, SOULIER, *Même sujet* (*Lyon méd.*, 1874). — CARRE, *Même sujet* (*Gas. hôp.*, 1874). — LAURE, *Bains tièdes* (*Lyon méd.*, 1874). — OEFFNER, *Quinine* (*Bayr. ärztl. Intellig. Bl.*, 1874). — AMADUCCI, *Bisulfate de quinine* (*Il Raccogliore med.*, 1874). — WALFORD, *Perchlorure de mercure* (*Brit. med. Journ.*, 1874).

accidents sérieux; le simple fait de la fièvre, en raison de sa durée probable, est un danger, et je ne vois pas de raison plausible pour attendre dans l'inaction l'ennemi que j'ai à combattre. Le degré du traitement, si je puis ainsi dire, varie naturellement selon la gravité du cas et selon les conditions individuelles du malade, mais le but et les moyens sont toujours les mêmes.

Les faits suivants sont la raison de la méthode que j'ai adoptée. — Si l'on excepte les formes abortives, et les formes foudroyantes qui tuent en six ou huit jours, la fièvre typhoïde a un caractère constant, c'est sa tendance à l'adynamie, tendance qu'elle doit à l'action même du poison sur l'organisme, à l'intensité et à la durée de la consommation fébrile. — Abstraction faite de son effet consomptif, la calorification excessive est par elle-même une source de dangers, surtout si elle n'est pas atténuée par des rémissions notables; ces dangers menacent principalement l'appareil nerveux et le cœur. — La diminution de l'hématose résultant des lésions de l'appareil broncho-pulmonaire, expose rapidement à l'asphyxie lente, en raison même de la tendance adynamique et de la faiblesse du cœur. Or ces lésions ne sont pas toutes dues à l'inflammation catarrhale; elles sont le plus souvent aggravées par des congestions passives ou mécaniques, justiciables de moyens également mécaniques.

De ces faits positifs, étrangers à toute théorie, surgissent les indications fondamentales que voici : 1° épargner et soutenir, dès le début, les forces du malade en prévision de l'agression prolongée qu'il doit subir; — 2° soustraire une portion de la chaleur produite, et en restreindre autant que possible la formation; — 4° combattre les congestions passives de l'appareil respiratoire. — Par l'abandon de tout moyen spoliateur ou débilitant, par le régime, par les toniques et les stimulants, je réponds à la première indication; — je remplis la seconde par l'emploi méthodique des lotions froides; — j'obéis à la troisième par l'application persistante des ventouses sèches. Les deux premières indications sont constantes; la troisième fait défaut dans un grand nombre de cas.

J'applique ces principes de la manière suivante :

Dans les cas exceptionnels où il y a de la constipation au début, je fais prendre une fois, deux fois au plus (selon l'effet produit), un verre d'eau de Sedlitz, non pas à titre de purgatif, mais simplement pour vider l'intestin des matières qui pourraient s'y décomposer si elles étaient retenues, et pour prévenir les fâcheux effets de la constipation. Si celle-ci reparait après la fin du premier septénaire, ce qui n'est pas très-rare, je ne donne pas de purgatifs, je prescris simplement des lavements d'eau avec ou sans addition de miel de mercuriale. Dès le début, je donne pour boisson la limonade vineuse, et je ne tolère jamais une diète complète; le malade prend toujours du bouillon de bœuf au moins deux fois par jour, et 250 grammes de vin de Bordeaux. En même temps je prescris l'extrait de

quinquina à la dose de 3 ou 4 grammes dans un julep gommeux si le cas paraît léger, dans la potion cordiale du Codex s'il s'annonce plus sérieux. Lorsque en raison de l'intensité des accidents initiaux, ou en raison de la date du début de la maladie, je peux juger que j'ai affaire à une forme de durée moyenne ou longue, j'ajoute à la potion de l'eau-de-vie à la dose de 30 grammes par jour pour commencer. Je me propose par là d'exercer une stimulation plus puissante sur l'ensemble de l'organisme, notamment sur le système nerveux, et en même temps de dériver sur l'alcool, au profit du malade, une partie de la combustion fébrile.

Une fois instituée, cette médication est continuée jusqu'à la chute de la fièvre, et même dans le commencement de la convalescence lorsqu'elle débute par des températures de collapsus. Si, malgré l'emploi précoce de ces moyens, que je mets en œuvre dès que le malade est soumis à mon observation, l'adynamie s'accroît dans le cours ou vers la fin du second septénaire, j'augmente graduellement la quantité d'eau-de-vie jusqu'à 60 ou 80 grammes, selon le sexe, la constitution et les habitudes du malade. Il va sans dire que je continue, malgré l'alcool, l'administration du vin et du bouillon, et même, si je ne vois le malade qu'alors qu'il est déjà plongé dans l'adynamie, ou bien si, malgré le traitement institué en temps utile, la prostration s'accroît encore dans le troisième septénaire, je fais donner deux ou trois fois par jour de petits lavements composés de bouillon et de vin par parties égales.

Dès que la température atteint 39 degrés, je fais commencer les lotions froides, au nombre de deux par jour si la température du soir ne dépasse pas 39°,5, au nombre de trois si ce degré est franchi; enfin j'en fais pratiquer quatre ou moins dans les cas où la fièvre se maintient en plateau à 40 degrés et au-dessus. J'emploie pour ces lotions le vinaigre aromatique pur, qui a sur l'eau l'avantage de procurer une réfrigération plus marquée et plus durable, d'exciter plus activement l'hématose cutanée, et de maintenir autour du malade une atmosphère odorante qui le ranime et assure la pureté de l'air. La pratique est celle-ci : on glisse sous le malade une grande couverture de laine sur laquelle est placée une toile cirée; avec une grosse éponge bien imbibée de vinaigre, on fait une lotion rapide sur la totalité du corps, en exprimant graduellement le liquide, qu'on renouvelle s'il en est besoin; la toile cirée est ensuite enlevée par glissement, et le patient est enveloppé dans la couverture de laine, où il reste jusqu'à ce qu'il soit complètement séché. Toute l'opération dure à peine deux minutes, et elle est plus brève encore si l'on peut y affecter deux personnes qui se tiennent de chaque côté du lit. Je diminue le nombre quotidien des lotions à mesure que la température baisse, mais je ne les supprime totalement qu'à la chute définitive de la fièvre. Je ne connais à cette puissante médication qu'une seule contre-indication, qui d'ailleurs se présente rarement : lorsque l'adynamie est très-marquée, les

premiers déclin de la température sont accompagnés de sueurs profuses qui n'ont d'autre effet que d'épuiser le patient; il m'a paru que les lotions froides, en raison de l'excitation cutanée qu'elles provoquent, entretiennent et augmentent cette diaphorèse, et dans ces conditions bien définies, je les fais cesser, non pas immédiatement à la première apparition de la sueur, mais au bout de trente-six ou quarante-huit heures, lorsque la persistance du phénomène m'a démontré qu'il ne s'agit pas d'un mouvement sudoral unique et comme accidentel. — J'ai complètement renoncé aux bains proprement dits; ils n'ont pas une action plus puissante que les lotions, et ils ont l'inconvénient d'exiger le déplacement du malade, et de l'exposer à des tiraillements, à des secousses qui peuvent être fort dangereux pour un intestin distendu par des gaz, et aminci par des ulcérations.

Le danger résultant de la calorification fébrile n'est jamais plus grand que lorsque la température présente, avec un chiffre élevé ($39^{\circ},5$ et au-dessus), une absence de rémission matinale, de telle sorte que la ligne thermique figure un plateau horizontal ou à peu près; il est urgent alors de provoquer par tous les moyens possibles des rémissions qui restreignent, au moins pour quelques heures, la combustion de l'organisme, et atténuent un peu les fâcheux effets de la chaleur anormale. Souvent la médication précédente (alcool et lotions froides) atteint le but, et, au bout d'un ou deux jours, une ligne brisée remplace le plateau thermique; parfois pourtant la situation reste la même après ce délai, et dans ce cas je fais ajouter à la médication 60 centigrammes à 1 gramme de sulfate de quinine, et j'en prolonge l'usage jusqu'à ce que l'uniformité de la température soit rompue, et que le maximum vespéral soit abaissé (1).

Enfin, lorsque les altérations broncho-pulmonaires sont assez étendues pour devenir par elles-mêmes une source de danger, ce qu'on reconnaît bientôt à la modification du rythme respiratoire, les ventouses sèches sont le meilleur moyen d'agir, au moins sur l'élément mécanique du processus. Mais ce moyen n'est efficace que s'il est appliqué suivant certaines règles qui ont été parfaitement indiquées par le professeur Béhier: les ventouses doivent être nombreuses, quarante à cinquante à chaque fois sur les membres inférieurs et la base de la poitrine, et les applications doivent être répétées matin et soir, aussi longtemps que subsistent les troubles de l'hématose (2).

Tels sont les principes et les moyens du traitement que j'ai institué depuis six années; je lui dois le succès dans des cas vraiment désespérés, et un chiffre de mortalité inférieur au minimum des moyennes précédemment indiquées. Je n'ai plus qu'à mentionner quelques faits de

(1) Voyez fig. 83, du onzième au quinzième jour, et fig. 84, du septième au seizième.

(2) Voyez pour plus de détails, *Clin. méd. de l'hôpital Lariboisière*. Paris, 1872.

détail et la conduite à tenir en présence de certains accidents inconstants.

Les *croûtes*, les *fuliginosités* qui encombrant la bouche et immobilisent la langue et le voile du palais doivent être enlevées, autant que possible, mais sans violence, au moyen d'un nettoyage qui doit être répété matin et soir; le meilleur procédé consiste à employer en guise d'éponges des tranches de citron ou d'orange.

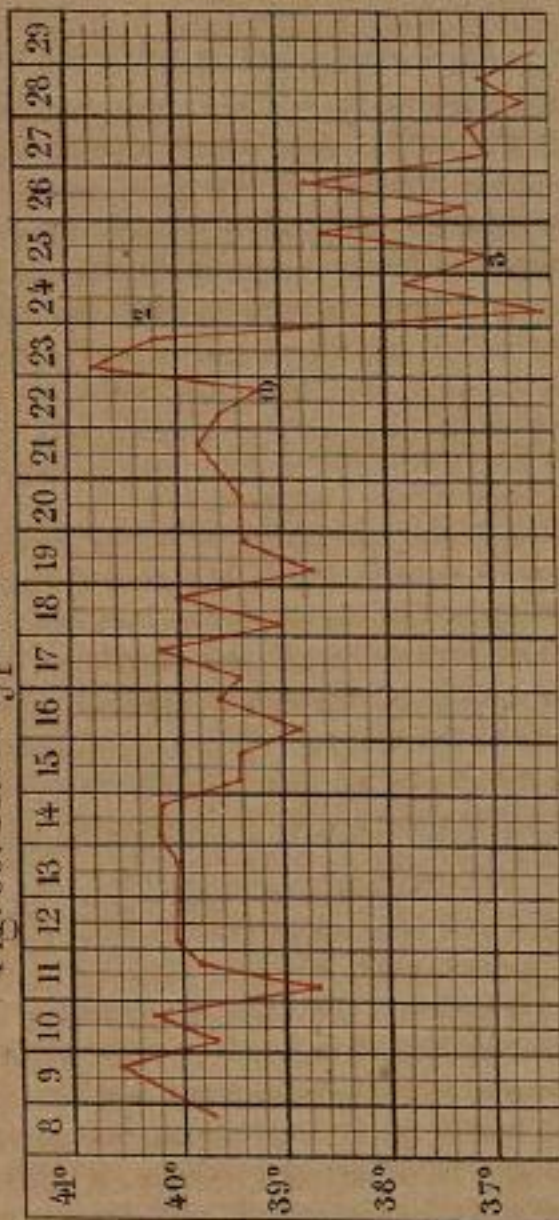
L'état de la miction doit être attentivement surveillé; la *rétenion d'urine* peut survenir brusquement, et le cathétérisme biquotidien doit être pratiqué pendant toute sa durée.

Lorsque la maladie est longue et grave, on doit redouter la formation d'*eschares*. Pour les prévenir, dès que les points soumis à la pression présentent une rougeur persistante, je les fais revêtir d'une couche épaisse de poudre de quinquina, et il convient en même temps de disposer le lit et le malade de manière que les points menacés supportent la moindre pression possible. L'*eschare* survient-elle néanmoins, il faut la panser avec du vin aromatique et de la poudre de quinquina, et quand l'élimination est achevée, je traite la plaie avec l'alcool, avec ou sans addition d'acide phénique.

L'*hémorrhagie intestinale* est combattue par les applications permanentes de glace sur le ventre, par l'ingestion de la glace et par le perchlorure de fer à la dose de 20 à 40 gouttes dans une potion appropriée. — En présence des symptômes qui dénotent une *perforation*, il faut supprimer les boissons, maintenir le malade immobile dans le décubitus dorsal, avec des cerceaux qui soutiennent les couvertures, et donner l'opium selon la méthode de Graves et Stokes : 40 centigrammes en une seule dose dès le début, puis 5 centigrammes d'heure en heure jusqu'à production de narcotisme. Le succès est bien exceptionnel, mais il a été obtenu. — A la fin de la maladie et au début de la convalescence, il y a parfois une *constipation opiniâtre avec météorisme* croissant; ces accidents sont dus à la paralysie des muscles de l'intestin. Ils sont assez rares, je ne les ai observés jusqu'ici que quatre fois; ils ont rapidement cédé sous l'influence de quelques centigrammes de noix vomique (deux, puis trois par jour).

Dès que la fièvre commence à diminuer, je fais ajouter un potage au bouillon que les malades ont pris dès le début, et, lorsque le cycle fébrile est terminé, je prescris aussitôt de la viande grillée en très-petite quantité, sans me préoccuper de la *febris carnis*. Les accidents d'indigestion, de dyspepsie pendant la convalescence, sont certainement plus rares chez les malades qui n'ont pas été astreints à une diète absolue pendant toute la durée de la fièvre. Du reste, l'accroissement de l'alimentation doit être très-graduel; il faut savoir résister à l'appétit insolite des convalescents, et obéir au précepte : Souvent, mais peu.

Fig. 83. Fièvre typhoïde. — Homme de 21 ans.



(1) Perturbation critique. — 2 Délierescence brusque. — 3 Fèvres carnis.

Fig. 84. Fièvre typhoïde. — Homme de 26 ans. Température très élevée; isothermie prolongée de la ligne vespérale.



OBSERVATIONS.
(1) Sueurs profuses avec aggravation de l'hydrémie. Suppression des lobes. Elevation de la dose et abond à 60 grammes.