

point que la production de l'urée reste surabondante dans l'intervalle des accès; il dénote simplement que la quantité produite pendant l'accès a été très grande, et que l'excrétion continue à se faire après la fin du paroxysme.

La durée de l'intervalle qui sépare les accès détermine le **rhythme** ou **type** de la fièvre intermittente. — Le **type quotidien** présente un accès tous les jours, les accès étant d'ailleurs semblables pour l'heure, l'intensité et la durée. — Le **type tierce** a des accès semblables tous les deux jours; entre le début de deux paroxysmes consécutifs il s'écoule en moyenne quarante-huit heures. — Le **type quarte** a des accès semblables le premier et le quatrième jour, le second et le troisième sont intercalaires; entre le début de deux paroxysmes consécutifs il s'écoule en moyenne soixante-douze heures. A côté de ces types fondamentaux, l'observation démontre quelques rythmes dérivés, que les anciens ont multipliés avec une regrettable subtilité. Les suivants méritent seuls d'être conservés.

On appelle **double** le type quelconque dont l'apyrexie normale est interrompue par un accès surajouté, lequel est ordinairement plus court et moins fort que l'accès fondamental. Cela étant, le **TYPE DOUBLE QUOTIDIEN** présente deux accès en vingt-quatre heures, l'un fort, au matin, l'autre plus faible, vers le soir, dans le cours de l'apyrexie. — Le **TYPE DOUBLE TIERCE** a le rythme fondamental du type tierce, mais le jour intercalaire est coupé par un accès faible surajouté, de sorte que le premier et le troisième jour on a les paroxysmes forts, et le deuxième et le quatrième jour les accès faibles additionnels. Cette différence de l'accès, d'un jour à l'autre, distingue le type double tierce du type quotidien. — Le **TYPE DOUBLE QUARTE** présente, avec les accès fondamentaux du premier et du quatrième jour, des paroxysmes additionnels le deuxième et le cinquième jour; il y a apyrexie le troisième et le sixième jour.

On appelle **doublé** le type non quotidien qui, aux jours fébriles, présente deux accès au lieu d'un, **TRIPLÉ** celui qui dans les mêmes conditions en présente trois. Le **TYPE TIERCE DOUBLÉ** a deux accès, le premier et le troisième jour, avec un second jour apyrétique; le **TYPE QUARTE DOUBLÉ** a deux accès, le premier et le quatrième jour, avec deux jours intercalaires apyrétiques; le **TYPE QUARTE TRIPLÉ** a trois accès, le premier et le quatrième jour, avec deux jours apyrétiques. — Les autres variétés admises dans le type tierce et quarte ne méritent pas d'être signalées, elles ne sont pas réelles; déjà même, parmi celles que j'ai indiquées, il en est qui vraisemblablement n'appartiennent qu'à la fièvre intermittente illégitime, c'est la forme tierce doublée, la quarte doublée et triplée; la double quarte est extrêmement rare, et la pratique n'a réellement à compter qu'avec le type quotidien et double quotidien, — le type tierce et double tierce, — le type quarte.

Les fièvres à rythme prolongé auxquelles on a donné le nom de quintane, septane, octane (accès tous les cinq, sept et huit jours), ne peuvent plus aujourd'hui être admises sans réserve; il est fort possible que le long intervalle d'apyrexie présente en réalité de petits accès, appréciables seulement par le thermomètre ou par l'analyse de l'urine; les observations de Sydney Ringer et de Zimmermann justifient cette remarque.

Dans nos climats, le type tierce est le plus commun, le quotidien vient ensuite; l'heure des accès n'est pas la même pour les diverses formes: ainsi, sans méconnaître la valeur des faits exceptionnels, on peut avancer que la fièvre quotidienne a ses accès le matin, que la fièvre tierce a les siens vers le milieu du jour, et que ceux de la fièvre quarte ont lieu vers le soir. Le type double n'est jamais une forme de début; il ne s'établit qu'après un certain nombre d'accès, et il appartient plutôt encore aux récidives de la maladie. Le type quarte lui-même est rarement primitif dans nos contrées; il est ordinairement le résultat d'un changement dans le rythme initial de la fièvre, mais c'est le plus tenace de tous, et celui qui est le plus fréquemment lié à la cachexie. Ce changement est souvent la conséquence d'un traitement mal dirigé ou incomplet, ou bien encore de la prolongation de l'influence toxique; mais, dans bon nombre de cas, la mutation est spontanée: si le type primitif est quotidien, il passe par le type tierce avant d'arriver au type quarte; quant à la fièvre primitivement tierce, elle aboutit d'emblée au type quarte, mais la tendance à cette transformation n'est pas la même dans toutes les saisons; van Swieten avait déjà noté que la tierce vernale ne la présente presque jamais (*rarissime vel nunquam*), tandis que la tierce automnale y est très exposée. — Tandis que la production du type quarte est toujours un fait fâcheux, la mutation de la quotidienne en tierce est très souvent un phénomène favorable, précurseur de la guérison; il en est de même de la conversion inverse, qui ramène le type quarte au type tierce.

La périodicité de la fièvre peut être exacte non seulement quant au jour, mais aussi quant à l'heure des accès; le fait est pourtant assez rare, le plus souvent l'accès avance ou retarde sur l'heure périodique; lorsque le retard a lieu pendant le traitement, c'est un signe favorable, car il annonce et prépare la transformation d'une double quotidienne en quotidienne, ou d'une quotidienne en tierce; mais si le retard est produit spontanément sans influence thérapeutique, si surtout il a lieu dans une fièvre tierce, il doit éveiller quelques inquiétudes, car il présage vraisemblablement le développement du type quarte. — Dans les fièvres mal réglées qui tendent vers la rémittence, les accès se rapprochent parfois tellement que le second commence avant la fin du premier, un nouveau frisson apparaissant dans le stade de sueur; cette forme toujours sérieuse est appelée *subintrante*.

La **durée** de la fièvre intermittente est toujours longue, mais il y a lieu

de distinguer, à ce point de vue comme à celui de la *marche*, deux groupes de cas. Les malades qui ne restent pas soumis à l'action du poison *peuvent guérir sans traitement*; cette guérison naturelle exige toujours un temps assez long, de quatre à six semaines environ. Quoique cette évolution favorable spontanée ne puisse être contestée, cependant elle n'est point constante même dans les conditions indiquées; souvent la fièvre s'invétère, elle devient pour ainsi dire une modalité habituelle de l'organisme, et quand les choses en sont arrivées là, le traitement le mieux conduit n'a d'autre effet que de supprimer les manifestations fébriles de l'infection, sans modifier le processus morbide continu: aussi, quand la médication est suspendue, le bénéfice qu'elle a produit ne persiste qu'un certain temps, et des rechutes sans nombre peuvent avoir lieu tantôt sans cause saisissable, tantôt sous l'influence de quelque cause occasionnelle insignifiante, fatigue, refroidissement, etc. Graves a rapporté de remarquables exemples de cette marche toute spéciale, et il a démontré que les rechutes ont lieu le jour même où le malade aurait eu son accès, si la fièvre avait suivi sans interruption son rythme primitif; c'est là ce qu'il a appelé la *PÉRIODICITÉ LATENTE*. — Lorsque la fièvre est traitée de bonne heure, elle cesse très rapidement; mais si l'on suspend trop tôt la médication, les accès reparaissent après un intervalle variable; or, lorsque la maladie non traitée guérit d'elle-même, elle ne présente pas ces rechutes; ce n'est pas seulement alors la manifestation paroxystique qui est supprimée, c'est l'infection qui est guérie. Ces faits soulèvent une intéressante question touchant l'action du sulfate de quinine: agit-il vraiment comme contre-poison de la malaria? ou bien agit-il simplement comme un antipyrétique qui supprime les manifestations pyrétiques de l'empoisonnement, et permet au malade d'atteindre à moins de frais, et sans trouble apparent, le moment où l'influence du poison sera éteinte? Le meilleur moyen de résoudre le problème est de traiter comparativement la fièvre intermittente par le sulfate de quinine et par un médicament purement antipyrétique, la digitale, l'acide salicylique par exemple; j'ai fait quelques essais de ce genre, et bien qu'ils soient peu nombreux, je me crois autorisé à reconnaître à la quinine une action spéciale plus puissante que celle d'un simple antipyrétique. D'ailleurs, si la question peut être débattue pour les fièvres intermittentes normales, elle me paraît à peine pouvoir être formulée en présence des effets de la quinine dans les fièvres pernicieuses, et surtout dans les fièvres larvées, où nous avons l'empoisonnement sans fièvre. Les auteurs qui ont soulevé cette discussion me semblent avoir totalement oublié cette partie du sujet.

Lorsque les malades continuent à résider dans les localités à malaria, la fièvre s'éternise; elle peut bien cesser pour un temps, à l'époque où les émanations maremmatiques sont au minimum, mais elle reparaît avec les saisons qui les favorisent, et le patient traîne ainsi, avec des accès

plus ou moins bien réglés, jusqu'au développement de la cachexie. A ce moment la fièvre cesse d'ordinaire, ou bien elle ne consiste plus qu'en paroxysmes erratiques sans aucune régularité.

**Caractères de l'urine.** — En général les CARACTÈRES PHYSIQUES varient dans chaque stade; dans le frisson, elle est claire, abondante et pâle; dans la phase de chaleur, elle est rare et rouge; dans la sueur elle est plus abondante, trouble, d'un brun sale, chargée de sédiments uratiques. Par exception les caractères physiques peuvent rester normaux durant tout l'accès; par exception aussi, l'urine de la fin de l'accès peut être neutre, devenir promptement alcaline, et déposer des phosphates en abondance. Au surplus les CARACTÈRES CHIMIQUES ont un intérêt bien plus considérable. L'accroissement de l'*urée* pendant l'accès, accroissement qui peut aller jusqu'à 45 grammes en 24 heures, est le fait le plus important et le plus constant; l'*acide urique* est également accru dans les jours d'accès, mais cette augmentation n'est ni aussi notable ni aussi constante que celle de l'urée. — Le plus ordinairement les *chlorures* sont diminués pendant les jours d'accès, ils augmentent les jours d'apyrexie, sans toutefois revenir au taux normal, qu'ils n'atteignent qu'à la guérison. Mais ces phénomènes ne sont pas aussi constants que ceux qui sont relatifs à l'urée et à l'acide urique; déjà Howitz a trouvé la proportion des chlorures sensiblement la même dans le paroxysme et dans l'apyrexie, et dans une étude plus récente faite sur deux garçons, Gee a constaté un accroissement de ces éléments durant toute la durée de l'accès, si bien qu'à la fin du paroxysme ils égalaient deux et trois fois le chiffre normal. — Quant aux *phosphates* les recherches du même observateur établissent qu'ils diminuent jusqu'à l'acmé de l'accès; à partir de ce moment ils augmentent, de telle sorte qu'à la fin de la défervescence la proportion est double ou triple de la normale, qui, évaluée en acide phosphorique, est de trois grammes par 24 heures.

En étudiant la fièvre en général j'ai montré que l'accroissement de l'urée qui est l'altération fondamentale de l'urine, précède l'apparition du frisson, et que ce fait, bien et dûment constaté, établit l'antériorité des désordres de la combustion organique relativement aux troubles nerveux, dont plusieurs théories ont voulu faire le point de départ de l'accès fébrile.

Dans un certain nombre de cas, l'urine renferme de l'*albumine*, surtout à la fin de l'accès, et parfois même des cylindres fibrineux; ces symptômes peuvent persister jusqu'à la guérison, sans donner lieu à une maladie rénale persistante. Cette albuminurie ne paraît avoir aucune importance pronostique, c'est un épisode de la fièvre; il importe de ne pas la confondre avec l'albuminurie de la cachexie qui a une tout autre signification. — Plus souvent encore l'urine renferme du *sucré*; cette glycosurie, signalée par Burdel, est ordinairement temporaire et suit les allures de la fièvre; elle dépend vraisemblablement du trouble du sys-

tème nerveux et de la modification consécutive de la fonction du foie. Ce symptôme est plus fréquent dans les fièvres invétérées que dans les récentes, et il est notable que dans les cas rebelles, cette glycosurie peut prendre peu à peu tous les caractères du diabète vrai; sur 225 cas de diabète sucré analysés par Griesinger, dix fois la maladie a pu être rapportée à un impaludisme ancien.

**Symptômes cutanés.**—Diverses éruptions peuvent être observées dans le cours de la fièvre intermittente normale; en raison de sa fréquence, la proportion dépasse 30 pour 100, j'indiquerai d'abord l'*herpès* de la face; il se montre tantôt dès le début de l'affection, tantôt plus tardivement; il peut même apparaître après que les accès ont été coupés par de fortes doses de quinine. La *miliaire* n'est pas rare, surtout chez les enfants; il faut noter encore le *zona*, des *rougeurs pseudo-érysipélateuses*, enfin l'*urticaire*; cette dernière est souvent paroxystique en ce sens qu'elle se montre au moment de l'accès, et disparaît durant l'apyrexie. Le *purpura* et les *pétéchies* sont rares; on les voit surtout chez les enfants et les jeunes gens dans le cours des fièvres quotidiennes graves et tenaces, qui amènent une anémie rapide. Chez les enfants cachectiques on peut observer le *noma*; parfois enfin la cessation des accès est accompagnée de la production de nombreux *furuncles* et de petits *abcès*. Dans certains cas rares, ces abcès multiples doivent être interprétés comme pyémiques, parce qu'ils siègent et dans le tissu cellulaire et dans les poumons, ainsi que Stöhr l'a vu à Emden en 1848.

#### FIÈVRES INTERMITTENTES ANORMALES.

Je réunis sous ce chef les fièvres intermittentes qui, sous un rapport quelconque, s'éloignent du type normal. Les déviations résident dans les allures mêmes de la fièvre; — dans le danger particulier qu'elle crée; — dans la forme insolite qu'elle revêt. De là trois groupes de fièvres anormales, savoir : les IRRÉGULIÈRES, — les PERNICIEUSES, — les LARVÉES.

**Fièvres irrégulières.** — L'irrégularité peut porter sur le retour des accès, qui ne sont pas bien périodiques, de sorte qu'on n'en peut saisir le type; l'accès avance ou bien il retarde (type *antéponent*, type *retardé*), ou bien encore un nouvel accès commence avant même que le précédent ne soit complètement terminé (*accès subintrants*). Ces fièvres, dites MAL RÉGLÉES, ne sont pas rares au début de l'infection; si elles se règlent rapidement, elles n'ont aucune signification particulière; mais si l'anomalie persiste, il y a lieu de suspendre le diagnostic, car il y a bien des chances pour qu'on ait affaire à une fièvre illégitime non paludéenne. Cette irrégularité dans la périodicité est encore observée dans les fièvres anciennes

tendant à la guérison et à la cachexie; les accès s'éloignent, ils finissent par revenir après des intervalles variables et prolongés; la fièvre est alors dite ERRATIQUE.

Les irrégularités de l'accès lui-même sont diverses; un des stades peut manquer ou être à peine dessiné, et au lieu de la fièvre complète du type normal, on a la fièvre dite incomplète (*febris incompleta*). L'ordre des stades dans un même accès peut être modifié; le frisson, par exemple, en marque la fin au lieu d'en signaler le début (*typus inversus*); ce fait est rare. Dans d'autres cas, l'accès est irrégulier par la longueur de l'un des stades ou de chacun d'eux: ainsi Griesinger signale des paroxysmes dont chaque stade dure un jour, de sorte que la fièvre prend le type quarte sans apyrexie. Ces diverses catégories de faits manquent d'importance pratique; mais le type inverse a un grand intérêt au point de vue de la pathogénie générale de la fièvre, car il ruine les théories qui subordonnent la chaleur au frisson, la sueur à la chaleur, comme l'effet à sa cause.

**Fièvres pernicieuses (1).** — La tradition médicale a donné à l'expression fièvre pernicieuse un sens arbitraire qui n'est point celui du

(1) TORTI, *Therapeutice specialis ad febres perniciosas periodicas*. Modenæ, 1709-1712. — HASS, *Diss. de malignitate circa febres tertianas*. Erlangen, 1786.

ALIBERT, *Traité des fièvres pernicieuses intermittentes*. Paris, 1820. — MAILLOT, *Traité des fièvres intermittentes*. Paris, 1836. — NEPPLE, HASPEL, *loc. cit.* — FRIEDRICH, GRIESINGER, *loc. cit.* — BIERBAUM, *Deutsche Klinik*, 1862. — KOZELUK, *Intern. Hemeralopie mit Tertianfieber (Spital's Zeit.* 1862). — BIERBAUM, *Intermittens comatosa puerperæ (Preuss. med. Zeit.*, 1862). — BARKER, *Malaria and miasmata*. London, 1863. — CASORATI, TOMMASI, *loc. cit.* — CROS, *Pernicieuse pneumonique (Gaz. hôp.*, 1864). — COURAL, *Pernicieuse tétanique (Montpellier méd.*, 1864). — ZANDA, *Pernicieuse paralytique (Ann. univ. di med.*, 1864). — CITELLA, *Pern. amaurotique (Gazz. med. ital. Lombard.*, 1864). — CLEMENS, *Febris interm. pleuritica (Deutsche Klinik*, 1865). — BOTTARO, *Étude clin. et thérap. des affections périodiques idiopathiques, etc.* Paris, 1866. — DAMOUR, *Thèse de Paris*, 1866. — GINGIBRE, *Montpellier méd.*, 1866. — LATOUR, *Union méd.*, 1866. — CASTAN, *De la fièvre hémoptoïque à quinquina (Montpellier méd.*, 1867). — PELAGGI, *Due casi di pernicioso comitata paralitica e tetanica (Rivista clin. di Bologna*, 1867). — JACOBI, *Ueber das perniciose Malariafieber*. Berlin, 1868. — DESGUIN, *Ann. de méd. d'Anvers*, 1868. — DE WOLF, *Eodem loco*, 1868. — MORANI, *Des formes de la fièvre intermittente pernicieuse observée en Cochinchine*. Montpellier, 1868. — PELAGGI, *Perniciosa itterica (Rivist. clin. di Bologna*, 1868). — PAULI, *Wechselfieberstudien (Deutsche Klinik*, 1869). — HARRIS, *Pernicieuse amaurotique (Americ. Journ. of med. Sc.*, 1869). — FANTON, *Sur la pernicieuse cholériforme*. Thèse de Montpellier, 1869. — STOCKMAN, *Pernic. comateuse (Bullet. Soc. méd. de Gand*, 1869). — TITECA, *Pernic. apoplectiforme (Arch. méd. belges*, 1869). — DE WOLF, *Pernic. tétanique (Ann. Soc. méd. d'Anvers*, 1869). — DESGUIN, *Pernic. aphasique (Eodem loco*, 1869).

MALEZIAN, *Obs. d'un cas de fièvre interm. pernicieuse à forme comateuse ou apoplectique (Gaz. méd. d'Orient*, 1870). — CORAZZA, *Alcuni casi di febbre e cachessia da*