

lares. Ce phénomène a été signalé par Bouchard et observé plus tard par Manouvriez.

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 avancées, mais on ne constate aucune altération récente des glandes ni des ganglions. Il n'y a donc, dans ces cas-là, qu'une aggravation momentanée ou définitive, une RECRUESCENCE qui peut être provoquée par les causes les plus diverses; il n'y a pas une rechute. Ce mot et son synonyme réversion doivent être réservés pour les cas plus rares où la maladie se développe de nouveau, *ab ovo* et *in toto*, après un intervalle de convalescence qui ne laisse pas de doute sur la guérison parfaite de la première atteinte.

La RECHUTE ou RÉVERSION débute de huit à trente jours après la terminaison du cycle fébrile; elle ramène au complet et dans leur ordre normal tous les phénomènes de la fièvre typhoïde, y compris l'exanthème rosé et la tumeur de la rate; mais l'intensité des accidents est généralement moindre que dans la première attaque, et la durée est plus courte, la chute définitive de la fièvre ayant lieu au milieu ou à la fin de la seconde semaine. La figure 73 montre une réversion survenue au bout de douze jours et terminée quinze jours plus tard. La guérison est la règle; quand la mort a lieu, elle est rarement amenée par une complication, elle résulte de la gravité des phénomènes intestinaux et de l'adynamie, plus souvent encore d'une hémorrhagie ou d'une perforation de l'intestin. A l'autopsie on trouve, à côté des lésions réparées de la première attaque, les altérations récentes du second processus. Ces rechutes, dont l'explication est encore à trouver, sont en somme assez rares; on peut n'en pas observer une seule durant plusieurs épidémies, puis dans une autre on en voit un nombre 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 granuloze 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 (voy. fig. 71); dans les faits de ce genre, le jugement est privé d'un de ses moyens les plus sûrs.

Le typhus exanthématique (2) 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

(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).

HAMILTON, *Typhoid fever, its diagnosis, prognosis and general management* (Philad. med. Times, 1875). — WARDELL, *Remarks on enteric fever* (Brit. med. Journ., 1876). — JACKSON, *Typhoid fever* (Boston med. and surg. Journ., 1876). — FRAENTZEL, *Einzelne Fälle von Ileotyphus* (Charité Annalen, 1876). — HARDY, *F. typhoïde; difficulté du diagnostic différentiel avec la granuloze généralisée* (Gaz. hóp., 1877). — GERBIER, *Essai sur le diagnostic différentiel de l'aliénation mentale et de la f. typhoïde*. Thèse de Paris, 1878.

(2) Typhus pétechiâl; — typhus tacheté; — typhus fever; — typhus d'Irlande, des camps, des prisons; — typhus nerveux.

Voy. le chapitre suivant.

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 hyperhémie 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 degrés; 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*, 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 hyperhémique 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 ou 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 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 (2).

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

(2) 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