

à l'administration de quelque laxatif doux. Si la fièvre inflammatoire était consécutive à la suppression d'une hémorrhagie constitutionnelle, on tâcherait de rappeler celle-ci, ou l'on y suppléerait par une émission sanguine. Si enfin la fièvre survient chez une jeune fille non encore menstruée, et chez laquelle pourtant la présence de douleurs dans les lombes, dans les aines et à l'hypogastre, annonce l'existence d'un travail hémorrhagique, on favorisera la venue des règles par l'application de quelques sangsues à la vulve, par des lavements d'armoise pris aussi chauds que possible, par des fumigations vers les parties sexuelles et en recouvrant celles-ci de cataplasmes.

D'après l'énumération que j'ai faite des causes qui produisent la fièvre inflammatoire, il est inutile que je dise ici quel doit en être le traitement prophylactique.

Nature. — On a beaucoup discuté sur la nature et sur le siège de la fièvre inflammatoire; mais ce sont là des inconnues. Nous avons prouvé, contre l'école physiologique, que la maladie ne se rattache à aucune phlegmasie locale. En trouverait-on la raison dans quelque condition du sang, comme Boerhaave, Baumes et beaucoup d'autres l'ont supposé? C'est ce que nous ignorons tout à fait. Rappelons que les analyses du fluide sanguin, faites dans ces dernières années par des expérimentateurs habiles, n'ont pas justifié une pareille supposition.

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

SYNONYMIE. — Phrénitis (Grecs ou Latins). — Fièvre pestilente, maligne, putride, bilieuse, muqueuse ou grave (de la plupart des auteurs); fièvre lente nerveuse (Willis et Huxham); fièvre adynamique et ataxique (Pinel); fièvre entéro-mésentérique (Petit et Serres). — Dothiéntérie (Bretonneau). — Gastro-entérite (Broussais). — Fièvre ou affection typhoïde (Louis, Chomel, Andral). — Entérite folliculeuse (Cruveilhier, Forget). — Entéro-mésentérite typhoïde (Bouillaud).

Définition. — La fièvre ou affection typhoïde est une pyrexie anatomiquement caractérisée par le gonflement, par une altération spéciale des follicules intestinaux, ainsi que par l'augmentation du volume, l'injection, le ramollissement, et parfois même la suppuration des ganglions mésentériques correspondants; lésions s'accompagnant, pendant la vie, de dévoiement, de météorisme, de sensibilité et de gargouillement dans la fosse iliaque droite, souvent de délire, d'un état de stupeur et de prostration, ainsi que d'une éruption sur la peau de taches rosées, lenticulaires, et de sudamina.

Parmi tous les noms qui ont été donnés à la pyrexie que nous allons décrire, nous préférons ceux de *fièvre* ou *affection typhoïde*, comme ayant l'avantage de ne rien préjuger sur la nature de la maladie.

Historique. Bibliographie. — Nul doute que la fièvre typhoïde n'ait existé de tout temps; c'est ce dont on peut se convaincre en lisant les nombreuses descriptions que les auteurs les plus anciens nous ont laissées sur les fièvres graves. Étrangers aux recherches d'anatomie pathologique, ne s'en rapportant qu'à l'état symptomatique, c'est-à-dire aux phénomènes extérieurs, pour caractériser les maladies, ils ont souvent confondu sous la même dénomination des affections essentiellement distinctes quant à leur siège et à leur nature; d'autres fois d'une même maladie ils ont créé autant de maladies spéciales que les caractères extérieurs pouvaient revêtir de physionomies diverses. C'est ce qu'on remarque en particulier pour la fièvre typhoïde, qui est appelée inflammatoire, maligne ou putride par les uns, bilieuse ou muqueuse par les autres, suivant la prédominance de tel ou tel appareil de symptômes, et sans que la lésion locale fût différente. Mais les médecins dont je parle n'avaient

pas su la découvrir. Si de temps en temps quelques-uns d'entre eux, tels que Baillou et Baglivi, ont essayé timidement de localiser les fièvres essentielles; si plusieurs autres ont trouvé des altérations de nature inflammatoire dans les intestins des sujets qui succombaient à ces maladies, il ne faudrait pas s'autoriser de ces vagues indications pour faire remonter la connaissance des lésions propres à la fièvre typhoïde, je ne dirai pas aux temps les plus reculés, mais même à une époque assez voisine de nous. Toutefois, dans son *Traité des fièvres graves* qui régnèrent à Rochefort en 1694, Chirac avait annoncé que, dans toutes les fièvres malignes, la muqueuse gastro-intestinale était profondément altérée, qu'il en était de même du sang, et il donna ces altérations comme étant le caractère anatomique de la maladie. Chirac ne fit point de prosélytes, parce qu'il n'avait pas su démontrer d'une manière rigoureuse les propositions qu'il avait émises. Il en a été de même de Baglivi, de Spigel, de Stoll et de beaucoup d'autres, qui tous observèrent des lésions intestinales. Ces renseignements étaient d'ailleurs tellement incomplets, qu'ils passèrent, pour la plupart, tout à fait inaperçus. L'ouvrage de Rœderer et de Wagler sur la *fièvre muqueuse de Göttingue*, livre qui, d'après nous, ne mérite pas la réputation qu'on lui a faite, et dans lequel sont mentionnées quelques-unes des lésions intestinales de la fièvre typhoïde, ne modifia pas non plus les idées généralement reçues; car les auteurs crurent voir une maladie spéciale, distincte des autres fièvres continues. Il en fut de même de Petit et Serres; dans un ouvrage publié en commun en 1812, ils tracèrent pour la première fois avec exactitude le caractère anatomique de la maladie, qui, sous le nom de *fièvre entéro-mésentérique*, prit place dans le cadre nosologique, sans rien changer aux doctrines pyrétologiques de l'école de Pinel. Sous ce rapport, Petit et Serres furent bien inférieurs à Prost, qui neuf ans auparavant avait proclamé la constance des altérations intestinales chez tous les sujets succombant aux fièvres graves (muqueuses, gastriques, adynamiques, ataxiques); mais cette idée lumineuse ne fit aucune sensation, et l'ouvrage de Prost, presque mort-né, fut tout de suite oublié (1).

Heureusement, en 1829, M. Louis retrouva et agrandit la même proposition, et, dans l'immortel traité qu'il publia à cette époque, il retraça non-seulement, avec une exactitude que nul n'a surpassée, les caractères anatomiques de la fièvre typhoïde, mais il eut surtout le mérite de réduire à cette unité presque toute la pyrétologie, en démontrant l'identité de presque toutes les formes de fièvres essentielles admises jusqu'à lui, et en prouvant que ces fièvres avaient dans l'intestin une lésion que cet auteur croit constante. Les résultats de M. Louis ont été vérifiés, dans tous les pays, par un nombre immense de médecins, et acceptés partout comme des vérités incontestables; car M. Louis les avait établis en s'aidant de cette méthode rigoureuse d'observation, dite méthode analytique et numérique, que ce médecin a pour ainsi dire créée, et dont ses *Recherches sur la fièvre typhoïde* peuvent être considérées comme étant la plus belle application.

La fièvre typhoïde a été l'objet d'une foule de travaux importants. J'ai déjà cité les ouvrages de Petit et de Serres, et celui de M. Louis; je dois aussi mentionner d'une manière spéciale les recherches de M. Andral, dans le tome I^{er} de sa *Clinique*; celles de Bretonneau, publiées par plusieurs de ses élèves, et notamment par M. Trousseau, qui donnèrent une description exacte des lésions anatomiques, et les suivirent dans leurs phases successives

(1) *La médecine éclairée par l'observation et par l'ouverture du corps.* Paris, 1804.

(Archives, année 1826). Chacun connaît les *Leçons cliniques* de Chomel, rédigées par un médecin honnête, le docteur Genest. Dans cet ouvrage, qui a pris un rang si distingué dans notre littérature, l'histoire générale de la fièvre typhoïde est tracée d'une manière parfaite, et l'on y trouve vérifiées et confirmées la plupart des idées émises par M. Louis. Un autre ouvrage non moins important est celui de Forget. Enfin, la fièvre typhoïde, étudiée d'abord exclusivement chez l'adulte, l'a été plus tard chez les enfants. M. Taupin, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (années 1839 et 1840); M. Audiganne, dans la *Gazette médicale de 1841*; MM. Barrier, Rilliet et Barthez, dans leurs traités des maladies de l'enfance, sont les auteurs qui ont le mieux éclairé ce point spécial de la pathologie.

Anatomie pathologique. — Parmi les lésions qu'on découvre à l'ouverture des cadavres des sujets morts de fièvre typhoïde, il en est quelques-unes qui existent dans presque tous les cas, et qui, en raison de cette circonstance, forment, à proprement parler, le caractère anatomique de la maladie. Il en est d'autres, au contraire, qui, ne se rencontrant que chez un certain nombre de sujets, sont moins nécessairement liées à la fièvre typhoïde, et par cela même beaucoup moins caractéristiques.

Les lésions anatomiques qui sont constantes, ou du moins presque constantes, occupent les follicules intestinaux, les ganglions mésentériques et la rate.

1° *Lésions des follicules intestinaux.* — L'altération des follicules intestinaux varie suivant l'époque à laquelle les malades ont succombé. Il est impossible de déterminer le moment précis où cette altération commence, car il est rare de voir les malades périr avant la fin du premier septénaire. J'ai pourtant examiné avec Chomel le cadavre d'un individu mort à la fin du cinquième jour de la maladie. Or, voici quel était l'état de l'intestin chez cet individu comme chez tous ceux qui sont emportés du cinquième au huitième jour, à dater du début des premiers accidents.

À l'extérieur de l'intestin grêle, on aperçoit souvent par transparence des plaques ou des points rouges, bleus ou noirs, correspondant aux follicules malades. Il existe parfois, très-rarement pourtant, à ce niveau, une fausse membrane plus ou moins épaisse, preuve que la phlegmasie s'est propagée jusqu'au péritoine.

Si, saisissant l'intestin, on le presse entre le pouce et l'index, on sent distinctement, au niveau de ces points maculés, des inégalités, des duretés; mais, pour étudier convenablement la lésion dont l'intestin grêle est le siège, il faut, après l'avoir incisé sur son bord concave, c'est-à-dire le long de l'insertion du mésentère, le laver et l'étaler convenablement sur une table. On aperçoit alors sur la membrane muqueuse deux ordres de tumeurs qui sont formées par l'intumescence des glandes intestinales. Les unes, coniques et arrondies, ressemblent par leur forme et leur volume à de grosses pustules; elles sont disséminées dans tout le pourtour de l'intestin; elles occupent les follicules isolés; les autres, beaucoup plus volumineuses que les précédentes, siègent dans les plaques de Payer, et n'existent que sur le bord convexe de l'intestin, à l'opposé de l'insertion du mésentère. Celles-ci ont de 3 à 9 centimètres de long sur 2 ou 3 de large; parfois, exactement arrondies, elles font dans l'intestin une saillie de 4 à 9 millimètres. Ces plaques sont tantôt pâles, tantôt elles sont d'un blanc mat ou rosé; assez généralement elles ont une couleur qui tranche sur celle de la muqueuse voisine. L'altération dont je parle se présente sous deux formes différentes, et qu'il est important de distinguer l'une de l'autre.

Première forme, ou plaques molles de M. Louis. — Elles font peu de saillie, elles offrent peu de résistance au toucher; leur surface est presque lisse, ou bien elle est grenue et comme mamelonnée. Si on les incise, on reconnaît que la muqueuse et le tissu cellulaire sous-jacent sont humides, injectés et épaissis, et que c'est à ce double épaississement qu'il faut rapporter la saillie de la plaque. Dans quelques cas, les tumeurs dont je parle ont l'aspect d'un réseau à mailles régulières. Leur tissu ressemble assez au parenchyme de la cerise ou de la prune; la membrane muqueuse qui les revêt est plus ou moins ramollie et se détache par le plus léger frottement. Chomel a donné à ces plaques le nom de *plaques réticulées*; elles ne constituent qu'une variété de plaques molles, et non une espèce distincte.

Deuxième forme. Plaques gaufrées, ou plaques dures de M. Louis. — Ces plaques forment une saillie plus considérable que les précédentes; elles sont dures et offrent au toucher une résistance élastique. Si on les incise dans toute leur épaisseur, on reconnaît que le tissu cellulaire sous-muqueux, au lieu d'être simplement enflammé ou hypertrophié, comme dans la première variété, se trouve ici transformé dans toute ou presque toute la longueur de la plaque, en une matière homogène, d'un blanc jaunâtre, ferme, cassante, friable, lisse, brillante à la coupe, et ayant de 4 à 7 millimètres d'épaisseur. La muqueuse offre les mêmes altérations que dans les plaques molles. Les plaques dures se rencontrent sur le tiers à peu près des individus qui succombent, et elles constituent une lésion plus grave que les plaques molles.

Les follicules isolés présentent exactement les mêmes altérations que les glandes agminées; il y a seulement cette différence que, dans les premiers, la matière jaune élastique a la forme d'un cône. Presque toujours les deux ordres de follicules sont simultanément atteints, mais le plus souvent ils le sont d'une manière inégale.

Il arrive fréquemment qu'on rencontre des plaques elliptiques formant peu de relief, n'ayant aucune dureté, mais qui sont remarquables à leur surface par un piqueté bleu tout à fait comparable à celui d'une *barbe récemment faite*. Ce piqueté noir est regardé par quelques auteurs, et en particulier par le professeur Forget, comme un état pathologique, comme une forme de l'altération typhoïde. Mais des faits nombreux nous ont appris que cette disposition ne constituait qu'une variété anatomique des plaques, et qu'on l'observait indistinctement chez les sujets emportés par toute espèce de maladie aiguë ou chronique.

Ulcérations. — C'est du neuvième au douzième jour qu'on commence à observer l'ulcération des glandes malades. On a rencontré pourtant cette lésion à une époque plus rapprochée du début. Boudet, par exemple, l'a vue une fois au sixième jour. Mais les faits de ce genre sont extrêmement rares. L'ulcération folliculaire se forme de deux manières différentes: tantôt elle commence par la muqueuse et s'étend consécutivement à la plaque, qu'elle détruit peu à peu; d'autres fois, au contraire, un travail de ramollissement ou de gangrène frappe d'abord la glande altérée, et s'étend *consécutivement* à la membrane muqueuse, qui se détache par lambeaux avec la substance de la plaque. Dans quelques cas, la mortification des follicules est tellement prompte, le travail d'élimination est tellement rapide, que la membrane muqueuse qui les recouvre reste intacte tantôt en totalité, le plus souvent partiellement, et forme alors des brides qui retiennent plus ou moins longtemps la matière jaune ou les eschares près de se détacher. Les deux modes d'ulcération que je viens d'indiquer peuvent se rencontrer sur le même individu, et sont communs aux deux ordres de follicules.

Les ulcérations qui succèdent à la destruction des follicules varient beaucoup entre elles. Celles qui siègent sur les plaques de Peyer sont ovalaires ou elliptiques, et peuvent avoir de 3 à 9 centimètres de longueur; celles, au contraire, qui sont formées aux dépens des follicules isolés sont beaucoup plus petites; elles sont circulaires, et semblent avoir été produites par un emporte-pièce. En général, elles représentent exactement la forme des follicules qu'elles ont détruits; quelquefois pourtant elles en diffèrent, ce qui fait supposer que le travail ulcératif s'est propagé au delà des limites du follicule. Il est des ulcérations dont les bords sont durs, épais et saillants; d'autres les ont extrêmement amincis. La muqueuse est tantôt décollée dans tout leur pourtour et à une distance de 5 ou 7 millimètres; tantôt, au contraire, les bords sont adhérents. Le fond de l'ulcère est rouge, brunâtre ou d'un gris ardoisé, plus ou moins granuleux, ou bien il est lisse. On y distingue souvent la tunique musculieuse hypertrophiée; d'autres fois, celle-ci ayant été détruite, le fond de l'ulcère n'est formé que par le péritoine. Enfin, sur un certain nombre de sujets qui succombent, on trouve le péritoine lui-même perforé, soit par l'extension à cette membrane du travail ulcératif, soit par suite de la formation et de la chute d'une eschare. Dans l'un et l'autre cas, il y a des matières stercorales épanchées dans le ventre, et l'on constate les altérations caractéristiques d'une péritonite partielle ou générale. Ces perforations intestinales correspondent en général à une petite ulcération; elles sont simples ou multiples; elles ont rarement plus de 7 millimètres de diamètre; elles siègent communément dans les 3 ou 4 derniers décimètres de l'intestin grêle, et se rencontrent peut-être plus souvent dans les cas où les plaques altérées sont peu nombreuses que lorsqu'on en compte beaucoup, comme si l'affection gagnait alors en profondeur ce qu'elle perd en étendue.

Le nombre des plaques malades varie d'une à trente ou quarante. En général, on trouve chez le même sujet la plupart des altérations que je viens de décrire. L'examen cadavérique a démontré que les plaques les plus voisines de la valvule iléo-cæcale sont celles qui s'affectent les premières: aussi est-ce dans ces points qu'on rencontre les altérations les plus graves et les plus avancées; en remontant du cæcum vers le duodénum, les lésions diminuent progressivement de gravité. L'altération des follicules isolés n'existe, en général, que dans les deux derniers pieds de l'intestin grêle.

Lorsqu'on examine l'intestin grêle des sujets qui ont succombé après six semaines ou deux mois de maladie, on trouve les bords des ulcérations affaissés et amincis. Le fond est d'un gris ardoisé; il est déprimé, brillant, poli, revêtu d'une pellicule mince, lisse, *sans villosités*, et d'aspect séreux: c'est une véritable cicatrice. Les plaques qui n'ont point été ulcérées se sont affaissées; elles sont d'un gris bleuâtre et assez consistantes, parfois foncées et comme ratatinées. Suivant Chomel, les plaques dures seraient seules susceptibles de résolution. Nous croyons pourtant que les plaques molles présentent ce mode de terminaison plus fréquemment peut-être, à l'exception cependant de la variété que nous avons appelée *réticulée*, et dans laquelle il semble qu'il y ait eu déjà destruction de tissu.

Les matières contenues dans l'intestin grêle sont presque toujours fluides, jaunâtres, parfois mêlées de sang. On peut y trouver aussi divers entozoaires, tels que des lombrics et des trichocéphales. Ces derniers, qui habitent le cæcum, se sont rencontrés chez tous les sujets qui succombèrent dans l'épidémie de Göttingue. Chomel croit aussi qu'on les trouve assez fréquemment à Paris; mais cela n'a guère lieu que dans le cours de certaines constitutions médicales.

2° *Ganglions mésentériques.* — Les ganglions mésentériques sont presque toujours altérés dans la fièvre typhoïde; mais l'affection ganglionnaire varie suivant l'époque à laquelle les malades ont succombé. Du cinquième au quinzième jour, les ganglions ont augmenté de volume; ils ont la grosseur d'une aveline; ils sont d'un rose tendre ou d'un rouge foncé, ramollis et friables. Du quinzième au vingtième jour, cette altération est encore plus marquée, et il n'est pas rare alors, lorsqu'on incise ces organes, de trouver des points jaunâtres de suppuration disséminés dans leur tissu; mais il n'arrive presque jamais que le pus soit réuni en foyer: M. Louis n'en cite qu'un seul exemple. Du vingtième au trentième jour, les ganglions diminuent de volume; ils prennent une teinte brunâtre ou violacée; enfin, après le trentième jour, ils deviennent grisâtres, ardoisés, et acquièrent plus de consistance. L'altération des ganglions est presque toujours en rapport avec celle de l'intestin grêle: c'est ce qui explique pourquoi les ganglions les plus malades sont ceux qui avoisinent de plus près le cæcum.

Les ganglions mésocoliques peuvent être altérés, mais ils le sont moins souvent, et surtout moins profondément que les ganglions mésentériques. Les premiers, en effet, n'ont été trouvés malades que chez les trois quarts des sujets, et, dans tous les cas, leur altération de volume, de consistance et de couleur était beaucoup moindre que celle des ganglions du mésentère, qui sont, avons-nous dit, toujours ou presque toujours malades.

3° *Rate.* — Chez la plupart des sujets emportés du cinquième au vingtième ou vingt-cinquième jour de la fièvre typhoïde, on trouve la rate doublée, triplée ou quadruplée de volume. En même temps son tissu, qui est couleur lie de vin foncée, est tellement ramolli, que parfois il suffit de la plus légère pression pour le réduire en bouillie. Nous rencontrerons ces lésions de la rate dans quelques autres maladies fébriles; mais, si l'on en excepte peut-être les fièvres pernicieuses, on ne les trouve nulle part ni aussi fréquentes, ni aussi marquées que dans l'affection typhoïde.

Chez les sujets qui succombent après le trentième jour, la rate a souvent repris plus ou moins complètement son volume et sa consistance; il n'est même pas très-rare de la trouver chez ceux qui meurent après le quarantième ou le cinquantième jour, sensiblement plus dense que sur la plupart des autres cadavres.

Les lésions qu'il nous reste à étudier maintenant sont beaucoup moins importantes que celles dont je viens de parler, car elles sont, d'une part, moins constantes que les premières, et on les rencontre aussi en proportion plus ou moins grande chez les sujets emportés par des affections aiguës autres que celles dont je fais en ce moment l'histoire.

1° *Organes digestifs.* — Le pharynx et l'œsophage n'offrent rien autre à noter que quelques fausses membranes ou une infiltration purulente du tissu sous-muqueux, ainsi que quelques petites ulcérations superficielles plus nombreuses qu'on rencontre dans le sixième des cas, à la partie inférieure de ces deux conduits (Louis). Les ulcérations sont plus rares dans l'estomac, où l'on ne les constate que chez un douzième. La membrane muqueuse de ce viscère est en outre plus ou moins ramollie et amincie chez le cinquième des sujets (Louis). La tunique muqueuse de l'intestin grêle est souvent intacte dans l'intervalle des plaques malades. Cependant, dans les trois ou quatre cinquièmes des cas environ, on la trouve plus ou moins injectée et ramollie, surtout chez les individus qui succombent dans les deux premiers septénaires. Chez ceux, au contraire, qui sont emportés après le vingtième jour, la muqueuse dont

nous parlons offre une bonne consistance ; elle présente seulement une coloration grise ou ardoisée, suite probable de l'injection qui a existé à une période moins avancée. Chez la plupart des individus emportés par la fièvre typhoïde, on rencontre aussi quelques lésions dans le gros intestin : c'est ainsi que, dans les trois quarts des cas, M. Louis note un ramollissement de la muqueuse du cæcum et du côlon, avec ou sans injections et épaississement. Sur un cinquième des cadavres existent encore des cryptes isolés, lenticulaires, les uns aplatis et blanchâtres, les autres rouges, ulcérés. Les ulcérations du gros intestin ne siègent pas exclusivement sur les follicules ; mais un grand nombre existent dans l'intervalle de ceux-ci et sont uniquement formées par l'érosion de la muqueuse. Ces ulcères sont rarement cicatrisés, même lorsque les malades succombent à une époque éloignée ; ce qui prouve qu'ils se développent longtemps après ceux de l'intestin grêle. Pour terminer, nous dirons que Chomel et Genest ont parfois rencontré une infiltration sanguine du tissu cellulaire sous-muqueux chez les sujets qui avaient eu une hémorrhagie intestinale dans les derniers jours de la vie. Je n'ai jamais constaté ce fait, mais j'ai vu assez souvent une imbibition partielle ou générale des membranes de l'intestin, lorsque le sang exhalé dans les derniers temps de la vie était resté en contact avec elles ; ce n'est là évidemment qu'un phénomène cadavérique.

2° *Foie*. — Le foie n'offre rien à noter ; si ce n'est un certain degré de ramollissement, chez la moitié des sujets. La bile est généralement très-fluide.

3° *Organes génito-urinaires*. — Ils sont presque toujours sains, à part un peu de ramollissement du tissu rénal. Dans quelques épidémies, on a trouvé parfois des altérations plus profondes ; elles ont été surtout remarquées dans la vessie : c'était le plus souvent une gangrène plus ou moins étendue (1).

4° *Organes respiratoires*. — Les poumons sont plus ou moins altérés dans la grande majorité des cas (dans les deux tiers environ). Ils ne sont le plus souvent qu'engoués. Ailleurs ils présentent, sur une partie plus ou moins étendue, les lésions caractéristiques de la pneumonie lobaire ou lobulaire ; mais la lésion qui, de toutes, est la plus commune, est la *splénisation*. Un des poumons, plus souvent les deux à la fois, présentent, à leur partie postérieure ou dans leurs lobes inférieurs, une coloration violacée ; le tissu, plus résistant que d'habitude, est néanmoins flasque si on le compare à l'hépatisation. Par l'incision, il s'en écoule une grande quantité de sérosité rougeâtre ; mais soit qu'on coupe, soit qu'on déchire le tissu, on ne constate jamais les granulations, qui sont un caractère anatomique constant de la pneumonie franche parvenue au deuxième et au troisième degré. Ces portions du poumon, encore perméables, surnagent plus ou moins complètement quand on les met dans l'eau ; on peut d'ailleurs, par l'insufflation, leur rendre à peu près leur souplesse. Ce n'est donc point là une forme de pneumonie, mais une espèce de congestion, et l'on voit que cette lésion a justement été nommée *splénisation*, parce que la partie du poumon qui en est le siège présente en effet, avec le tissu de la rate, la plus frappante analogie. Disons pourtant que dans ce tissu splénisé, il n'est pas rare de trouver des points indurés, formés soit par une hépatisation véritable, soit par des noyaux d'apoplexie pulmonaire. La lésion que je viens de décrire n'a rien de spécial à la fièvre typhoïde, car on la rencontre presque aussi souvent chez les sujets qui succombent à la plupart des autres maladies aiguës et chroniques.

M. Louis a rencontré quelquefois des ulcérations sur l'épiglotte et dans le

(1) *Archives générales de médecine*, 4^e série, t. XIX, p. 385 (année 1845).

larynx ; mais ces solutions de continuité sont moins fréquentes ici que dans le pharynx et dans l'œsophage.

5° *Organes circulatoires*. — Chez la bonne moitié des sujets, surtout si la moitié a eu lieu à une époque peu éloignée du début, on trouve le cœur plus ou moins ramolli et décoloré. Ces altérations d'ailleurs ne se remarquent pas dans les muscles de la vie de relation ; ceux-ci conservent communément leur couleur et leur consistance normales. Notons encore que sur les sujets emportés par la fièvre typhoïde, il est commun de trouver la surface interne du cœur et des gros vaisseaux uniformément colorée en rouge plus ou moins foncé. C'est là le résultat non d'une inflammation, comme on l'a cru, mais d'une simple imbibition cadavérique qui se produit ici d'autant plus aisément que le sang est, dans un grand nombre de cas, tout à fait fluide, ou réuni en caillots noirâtres et mous.

6° *Centres nerveux*. — Les centres nerveux sont assez rarement affectés, du moins d'une manière profonde. On ne note le plus souvent qu'une injection plus ou moins forte des membranes, un piqueté de la pulpe nerveuse et exceptionnellement une diminution de consistance de son tissu. On trouve le plus communément aussi une infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, dont l'abondance est généralement en rapport avec la longueur de l'agonie. Ces résultats ne sont guère d'accord avec ce qu'on a dit dans quelques pays d'outre-Rhin. A Berlin, par exemple, le docteur Grossheim a prétendu que la fièvre typhoïde se compliquait toujours d'une inflammation de la moelle, altération à laquelle les auteurs allemands rapportent une foule d'accidents de la maladie, tels que l'abattement, la faiblesse, les évacuations involontaires, etc. ; cette opinion n'a aucune espèce de fondement. Un jeu de médecin fort distingué, le docteur Fritz, étudiant tout récemment dans sa thèse les accidents qui, dans le cours de la fièvre typhoïde, pourraient être rattachés à une souffrance de la moelle, établit que lorsque ces accidents existent il n'y a ni méningite, ni myélite ; c'est tout au plus si on trouve parfois une congestion plus ou moins forte du cordon rachidien ou de ses enveloppes ; et dans beaucoup de cas les parties examinées avec le plus grand soin n'offrent la trace d'aucune altération (1).

7° *Organes des sens*. — Nous verrons bientôt que la plupart des individus atteints de fièvre typhoïde ont de la surdité. Cet accident se lie communément à des lésions matérielles du conduit auditif externe et souvent de l'oreille moyenne ou de l'oreille interne ; c'est ce dont je me suis assuré dès 1834, pendant mon internat à l'hôpital Beaujon. Plus récemment, le docteur Passavent (de Francfort), ayant examiné un grand nombre de rochers sur des sujets morts dans le cours d'une fièvre typhoïde, et qui avaient offert pendant la vie divers troubles de l'ouïe, a toujours rencontré des lésions proportionnées aux altérations fonctionnelles. La membrane du tympan était rouge, épaissie ; le conduit auditif injecté ; la caisse et les cellules mastoïdiennes contenaient un mucus épais, et la trompe d'Eustache était rouge et engorgée ; il n'y avait pas jusqu'au labyrinthe qui n'offrit quelque lésion, mais moins constamment que les autres parties. Ces désordres anatomiques sont, pour ainsi dire, spéciaux à la fièvre typhoïde ; M. Passavent, en effet, ne les a point constatés chez les individus morts de toute autre affection. (*Gazette médicale* de 1851, p. 11.)

8° *État du sang pendant la vie*. — Les médecins humoristes admettaient pour la plupart que le sang était profondément altéré dans la fièvre typhoïde ;

(1) Année 1863, n° 172.

mais les recherches des auteurs modernes, celles surtout, si nombreuses et si exactes, qui ont été faites par MM. Andral, Louis, Chomel, Genest et Forget, ont prouvé depuis longtemps que nous ne connaissons encore aucune altération du sang qui soit spéciale à la fièvre typhoïde. Il est vrai que, dans cette dernière affection, le liquide n'offre pas, en général, l'aspect qu'il présente dans quelques autres maladies, comme la pneumonie, et surtout le rhumatisme. Dans la fièvre typhoïde, en effet, le caillot est moins dense; la couenne, quand elle se forme, est moins épaisse et moins consistante, et se lie peut-être toujours à une complication phlegmasique, comme tendent à le démontrer les recherches de MM. Andral et Gavarret. Mais l'absence des caractères franchement inflammatoires ne présente rien de caractéristique, et qu'on ne puisse retrouver au même degré et aussi fréquemment dans plusieurs autres états morbides. Nous dirons même que la différence du sang, que son état caillé ou sirupeux, que M. Bouillaud (le seul peut-être aujourd'hui) regarde encore comme *caractéristique de la fièvre typhoïde, et ne pouvant être observé dans aucune autre maladie*, a été, par contre, remarqué par tout le monde dans la plupart des affections que l'on traite par la saignée, et cela presque aussi souvent que dans la fièvre typhoïde elle-même. Ce que je dis s'applique à toutes les périodes de la maladie: ainsi il n'est pas exact de prétendre que, dans le troisième degré, le sang soit toujours diffusé, puisque nous avons vu qu'il n'était pas tel sur tous les cadavres. D'ailleurs Forget, qui, comme M. Bouillaud, saignait à toutes les périodes de la maladie, a trouvé que sur vingt-huit saignées faites dans le troisième septénaire et au delà, le caillot n'avait été ramolli que dans un septième des cas. Non-seulement l'altération *appréciable* du sang dans les différentes périodes de la fièvre typhoïde n'est pas le fait le plus général; non-seulement, lorsque cette altération existe, elle n'a rien de spécial ou de caractéristique, mais encore elle n'est pas nécessairement proportionnée à la gravité des accidents, et elle n'est pas toujours en rapport avec les périodes de la maladie.

Je ne prétends pas dire cependant que le sang ne soit point altéré dans la fièvre typhoïde, mais je veux seulement établir que cette altération doit être recherchée ailleurs que dans les simples apparences extérieures: or, même en soumettant ce liquide aux expériences chimiques, ainsi que MM. Andral et Gavarret l'ont fait, on ne trouve autre chose que l'altération qui existe dans toutes les autres pyrexies, c'est-à-dire la conservation de la fibrine dans ses proportions normales, ou la diminution de ce principe. MM. Becquerel et Rodier concluent également de leurs recherches que, dans les fièvres typhoïdes, le sang ne présente aucun caractère tranché et constant (1).

La diminution de la fibrine du sang, qu'on observe souvent dans la fièvre typhoïde, coïncide toujours, ainsi que nous l'avons dit précédemment (p. 13), avec l'apparition des symptômes graves. C'est alors que le sang retiré de la veine se présente dans cet état de diffusion dont nous avons parlé. Le caillot est large, son volume est en rapport inverse avec sa densité; ce qui tient d'une part à ce qu'une portion du sérum n'a pu être exprimée, et de l'autre à l'augmentation du nombre des globules, surtout si l'on est encore dans les premiers temps de la maladie. Suivant M. Andral, les globules, loin de diminuer, comme le fait la fibrine, peuvent être, au contraire, beaucoup plus nombreux. Cette surabondance de l'élément globulaire n'est pas un caractère de la maladie, mais elle dépend de ce que la fièvre typhoïde atteint très-fréquemment des

(1) *Traité de chimie pathologique*, p. 127.

individus qui, par leur âge et par leur constitution, sont dans un état de pléthore plus ou moins considérable, état qui, comme nous le verrons plus tard, est surtout caractérisé par l'augmentation des globules du sang. Notons enfin que lorsque la fièvre typhoïde se complique de quelque phlegmasie grave, telle qu'une pneumonie, la quantité de fibrine augmente, ainsi que cela a toujours lieu dans les inflammations; mais cette augmentation, comme nous le dirons plus tard (voy. *Inflammation en général, état du sang*), est moins considérable que si la phlegmasie était primitive.

Les altérations dans la fièvre typhoïde diffèrent-elles suivant les âges? — Les résultats fournis par l'anatomie pathologique diffèrent peu, quel que soit l'âge des individus. MM. Rilliet, Barthet et Taupin, ont dit avec raison que chez l'enfant la fièvre typhoïde avait les mêmes caractères anatomiques que chez l'adulte, et que, chez l'un comme chez l'autre, les lésions secondaires étaient également fréquentes; il paraîtrait seulement qu'on n'observerait jamais chez les enfants des plaques dures; que chez eux aussi les ulcérations des follicules seraient moins nombreuses, moins larges, moins profondes, et qu'elles se formeraient plus tardivement, mais qu'en revanche leur cicatrisation serait plus rapide; on ajoute enfin que les tissus membraneux auraient moins de tendance à s'ulcérer dans le jeune âge. Ce ne sont là que de faibles nuances à peu près sans importance.

Valeur des altérations dans la fièvre typhoïde. — Dans les nombreuses altérations que nous venons d'énumérer, il en est deux, celle des glandes intestinales et celle des ganglions, qui, étant constantes ou presque constantes, forment le caractère anatomique de la fièvre typhoïde. La lésion des follicules est surtout remarquable, en ce qu'on ne la rencontre jamais avec les caractères que nous lui avons assignés dans aucune des maladies aiguës ou chroniques actuellement connues. On a dit pourtant que dans la scarlatine, dans le choléra et la phthisie, les follicules présentaient des altérations analogues à celles de la fièvre typhoïde; mais, comme on le verra plus tard aux articles consacrés à ces maladies, la ressemblance est tellement grossière, qu'elle ne pourrait en imposer qu'aux personnes qui sont presque étrangères aux recherches d'anatomie pathologique. Mais si la lésion des follicules intestinaux est propre à la fièvre typhoïde, il n'en est pas de même de celle des ganglions mésentériques, qu'on a trouvée la même dans plusieurs maladies, notamment dans la peste et surtout dans la dysenterie. Cependant nous dirons que, si la lésion des ganglions n'est pas aussi pathognomonique de la fièvre typhoïde, que l'est l'altération des plaques, elle n'en constitue pas moins un caractère anatomique précieux, en raison de sa constance dans presque tous les cas de fièvres graves. Il n'en est pas de même des altérations de la rate, qui, bien que ne se montrant point constamment ni exclusivement dans la maladie typhoïde, ne se retrouvent pourtant dans aucune autre affection (les fièvres intermittentes exceptées) ni aussi fréquentes ni aussi marquées. Les ulcérations que nous avons notées assez souvent du côté du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac et de l'épiglotte, offrent encore, jusqu'à un certain point, quelque chose de propre à l'affection typhoïde, puisque M. Louis a prouvé que de pareilles lésions se rencontrent à peine dans le cours des autres maladies aiguës. Il n'y a guère en effet que la fièvre typhoïde dans laquelle les tissus membraneux aient une aussi grande tendance à s'ulcérer: ceci s'applique encore aux altérations que présentent si fréquemment les différentes parties de l'oreille.

Quant au ramollissement du cœur, des parenchymes et des muqueuses, ce sont des lésions secondaires qu'on observe presque dans la même proportion chez les sujets emportés par les autres maladies aiguës.