

*Nature des altérations.* — Parmi les lésions anatomiques que nous avons énumérées, il en est qui sont le résultat de l'inflammation; il en est d'autres qui en sont indépendantes. Au nombre des premières sont, sans contredit, l'altération des follicules intestinaux et des ganglions mésentériques, les ulcérations de toutes les muqueuses, les fausses membranes, ainsi que les suppurations sous-muqueuses. Les altérations que je regarde comme indépendantes de tout travail inflammatoire sont : les congestions viscérales, le ramollissement des parenchymes et celui de la muqueuse des voies digestives, la rougeur du cœur et de l'aorte, ainsi que les diverses altérations dont la rate est le siège. Je ne saurais m'empêcher de faire remarquer ici que les lésions caractéristiques de l'affection typhoïde, bien qu'elles soient incontestablement de nature inflammatoire, n'ont pas cependant le pouvoir de produire dans le sang cette augmentation de fibrine que toutes les phlegmasies déterminent : cette exception est fort remarquable pour une affection qu'on s'est obstiné pendant si longtemps à classer dans les inflammations légitimes.

**Symptôme de la fièvre typhoïde. Invasion.** — La fièvre typhoïde peut débiter brusquement au milieu des apparences de la santé la plus parfaite : c'est là pourtant un fait très-exceptionnel; presque toujours, en effet, on observe des prodromes plus ou moins longs. La plupart, avant de s'aliter, ont perdu l'appétit et les forces; ils deviennent tristes; ils sont abattus, peu aptes aux travaux intellectuels ou manuels; ils sont fatigués; ils éprouvent des frissons, et parfois ils ont de la diarrhée. Cet état, qui permet souvent aux malades de ne pas interrompre tout à fait leurs travaux habituels, peut persister de un à quinze jours, et parfois davantage encore. Les phénomènes d'invasion apparaissent bientôt. Les plus constants sont une céphalalgie frontale vive, des frissons plus ou moins intenses et répétés, une faiblesse telle, que les malades sont obligés de cesser à l'instant tout travail; il faut encore joindre à ces symptômes des épistaxis plus ou moins abondantes, et surtout des coliques et de la diarrhée, qu'on remarque dans la plupart des cas dès les vingt-quatre premières heures. Tels sont les phénomènes qui indiquent généralement l'invasion de la maladie; bientôt de nouveaux accidents surviennent. Pour en suivre exactement le développement et la marche, il convient, à l'exemple de Chomel, de partager la maladie en trois périodes distinctes, ayant une durée variable, mais qui, pour chacune d'elles, peut cependant être évaluée à sept jours.

*Première période.* — Dans cette première période, les malades accusent une céphalalgie généralement vive, tensive, lancinante ou contusive; leur physiologie, plus altérée en général qu'elle ne l'est au début de la plupart des maladies aiguës, exprime l'abattement; l'intelligence est plus ou moins obtuse; les réponses sont lentes, pénibles, il y a parfois un peu de divagation dans les idées, très-rarement un délire complet, avec agitation vive. Les forces sont beaucoup plus prostrées qu'elles ne le sont au début de toutes les maladies fébriles, aussi les malades restent le plus souvent immobiles dans le décubitus dorsal; s'ils marchent, ils sont chancelants, ils trébuchent comme s'ils étaient ivres, et parfois même ils ne sauraient faire un pas ou rester debout sans l'assistance de quelqu'un; ils sont presque des paraplégiques. Presque tous se plaignent de vertiges, d'éblouissements, de tintements et de bourdonnements d'oreilles; parfois l'ouïe est déjà moins parfaite. Il en est qui ont des douleurs dans les lombes et dans les membres; quelques-uns présentent, en outre, de l'hyperesthésie ou de l'anesthésie, soit dans la peau, soit dans les muscles des membres abdominaux. La plupart ont des épistaxis, en général, peu abondantes; il en est qui ne perdent que quelques gouttes de sang, mais parfois l'hémorrhage

est assez forte pour nécessiter le tamponnement; s'il n'y a qu'un léger suintement par la membrane pituitaire et si les malades conservent dans leur lit la position horizontale, le sang, au lieu de sortir par les narines, s'écoule dans le pharynx, où il forme une couche ou des stries noirâtres, qu'on aperçoit aisément en faisant ouvrir largement la bouche au malade. Tôt ou tard ces petits caillots sont avalés ou rejetés par exspuition sous forme de crachats pelotonnés et noirâtres. Dans cette même période de la maladie, la bouche est pâteuse, souvent amère; la langue est blanchâtre, moins humide, elle colle au doigt qu'on applique à sa surface; la soif est vive, l'appétit nul; il y a parfois des nausées et des vomissements formés surtout de matières verdâtres amères. Le ventre, un peu plus saillant, plus sonore à la percussion à cause des gaz qu'il contient en plus grande quantité, est le siège de coliques, en général peu vives; la pression est souvent douloureuse à l'ombilic, mais elle l'est surtout dans la fosse iliaque droite, où, en pressant avec la face palmaire des doigts, on détermine du gargouillement. Il n'est pas rare d'observer un peu de constipation au début; cependant, le plus ordinairement, il y a des selles liquides, jaunâtres, presque toujours infectes, au nombre de cinq à dix dans les vingt-quatre heures. Examinées au microscope, on y a trouvé plusieurs des éléments anatomiques des plaques, de l'épithélium et des cristaux prismatiques signalés par Schönlein; mais ceux-ci, d'après la remarque de MM. Gluge et Lebert, n'ont rien qui soit spécial à la fièvre typhoïde. La rate est augmentée de volume, c'est ce que l'on constate par la percussion de l'hypochondre gauche, qui donne un son mat dans une grande étendue; si l'organe dépasse le rebord costal d'un ou de plusieurs travers de doigt, la palpation le fait aisément distinguer à travers les parois abdominales. La peau est chaude et sèche; le thermomètre, mis dans l'aisselle, s'élève souvent à 40 ou 41 degrés (Roger); le pouls donne généralement plus de 100 pulsations par minute; il est mou, dépressible; parfois il est ample, résistant, souvent dicrote. A l'époque dont nous parlons, il existe communément de la toux, et les malades rejettent des crachats grisâtres, qui se détachent difficilement, en raison de leur extrême viscosité. Presque toujours, qu'il y ait ou non de la toux, on perçoit, en auscultant la poitrine, des râles sibilants et ronflants, inégalement disséminés ou bien existant des deux côtés et dans toute la hauteur des poumons, sans qu'on observe le plus communément une dyspnée qui soit proportionnée à l'intensité et à l'étendue des bruits morbides. Il est fréquent aussi de noter en arrière, vers le tiers ou le quart inférieur, des râles muqueux ou sous-crépitaux, mêlés ou non aux rhonchus sibilants et sonores dont nous venons de parler. Bien que chez les malades il n'existe pas de souffrance très-aiguë, on voit néanmoins le sommeil faire complètement défaut; ceux qui s'assoupissent sont aussitôt tourmentés par des rêves. C'est parfois à la fin de cette première période, mais plus souvent dans la suivante, qu'apparaît un signe nouveau d'une grande importance diagnostique : je veux parler de l'*éruption typhoïde* dont il sera question bientôt.

*Deuxième période.* — A la fin du premier septénaire, la céphalalgie a diminué, ou même a complètement cessé, mais les autres symptômes se sont aggravés, et très-souvent de nouveaux accidents ont paru, surtout du côté du système nerveux. Ainsi l'amaigrissement a fait des progrès, la stupeur est plus profonde, les traits sont immobiles, les narines pulvérulentes, la prostration a augmenté. Il en est de même de la surdité, et dans les cas graves on peut observer de la roideur musculaire, des soubresauts des tendons, de la carphologie et très-exceptionnellement des mouvements convulsifs épilepti-

formes. Mais un des accidents nerveux les plus ordinaires de cette période est le délire, qui souvent pourtant éclate dès le premier septénaire; il présente une foule de variétés : tantôt il est léger, n'ayant lieu que passagèrement, surtout pendant la nuit; tantôt, au contraire, il est continu; les malades sont alors les uns plus calmes, les autres plus ou moins agités et même furieux, ce qui force à les fixer dans leur lit avec la camisole; enfin beaucoup tombent promptement dans un état de somnolence et de coma vigil. Ces différents troubles du côté du système nerveux, qu'on nomme communément les *symptômes ataxiques* de la maladie, peuvent se rencontrer sur le même individu, et alterner souvent les uns avec les autres.

Dans cette seconde période de l'affection, la langue est tremblante et tout à fait sèche; elle est le plus souvent recouverte, ainsi que les lèvres et les dents, par un enduit d'abord gris, puis brun, puis noir et brillant, auquel on a donné le nom de *fuliginosité*. Beaucoup de personnes croient que cette matière n'est autre que du sang que la muqueuse buccale a exhalé; mais elle paraît être plutôt formée par de la salive et par du mucus desséchés. La langue, lorsqu'elle est complètement recouverte par cet enduit, est petite, rapetissée, sèche et dure comme un morceau de liège ou de bois; sur sa face supérieure on voit des crevasses que quelques auteurs graves regardent comme des ulcérations; l'examen attentif de l'organe nous a convaincu depuis longtemps que ces fentes n'intéressent pas le tissu de la langue, mais seulement la couche concrète qui la tapisse.

Dans cette période, la soif est généralement moins vive; la déglutition des liquides est quelquefois difficile. Dans certaines formes graves, cette dysphagie peut dépendre de la paralysie du pharynx et de l'œsophage, ou de quelque altération de la gorge et de l'épiglotte, mais presque toujours ce symptôme s'explique par l'aridité, par l'état de sécheresse de la muqueuse pharyngée, qui est rouge, lisse, très-luisante, recouverte de sang et de mucus desséchés. A cette même époque de la maladie, le météorisme a beaucoup augmenté : aussi la percussion donne-t-elle partout une résonance considérable; la distension des intestins est parfois tellement grande, que le diaphragme est refoulé vers la poitrine, ce qui gêne la respiration et augmente l'anxiété des malades. La diarrhée, que nous avons notée dès le début, persiste; parfois elle est devenue plus abondante, et les matières, souvent rendues involontairement, ont une fétidité plus grande encore. Chez beaucoup de sujets aussi, la vessie, devenue paresseuse, se laisse distendre par l'urine, et l'on est quelquefois obligé de vider ce réservoir à l'aide de la sonde. Le liquide urinaire varie suivant la période de la maladie et son séjour plus ou moins prolongé dans la vessie. Au début l'urine est rare, fortement colorée et chargée d'acide urique, comme l'est toute urine fébrile; plus tard elle se décolore et perd de sa densité, mais elle conserve toujours son acidité normale, excepté seulement dans les cas où, retenue longtemps dans la vessie, elle y subit, comme dans un vase inerte, la décomposition ammoniacale; l'urine, quoi qu'on en ait dit, n'est alcaline que dans ce cas seulement. A la période dont nous parlons, le pouls reste encore plus ou moins fréquent, mais il est plus faible, plus dépressible, même lorsqu'il conserve le caractère dicrote que nous avons signalé déjà. Dans quelques cas fort rares, on a vu le pouls se ralentir, et tomber même au-dessous de sa fréquence normale; la peau est alors plutôt froide que chaude. Mais pourtant, dans cette période de la maladie, la chaleur fébrile persiste presque toujours, elle est même plus aride qu'auparavant.

C'est dans ce second septénaire de la maladie qu'on observe, vers les tégu-

ments, diverses manifestations morbides : ce sont d'abord les taches rosées lenticulaires, puis les sudamina, parfois des pétéchies, et plus souvent que celles-ci, des pustules, d'ecthyma et des gangrènes.

L'éruption typhoïde est caractérisée par des taches rosées, de 4 à 5 millimètres de diamètre, arrondies, formant une très-légère saillie, disparaissant par la pression, comme le fait la rougeur de l'érythème, existant communément sur la peau du ventre et de la base de la poitrine, parfois dans le dos, assez rarement sur les membres. Elles sont en nombre variable : parfois on n'en compte que quelques-unes, d'autres fois il y en a une ou plusieurs douzaines; elles peuvent être plus ou moins nombreuses encore, même dans la forme la plus bénigne, car il n'y a aucune relation entre la gravité de la maladie et le plus ou moins de confluence des taches. Il est rare qu'il ne se forme qu'une seule éruption, presque toujours il s'en fait plusieurs successivement; la durée de chacune est de deux à cinq jours; les taches pâlisent, puis s'éteignent sans laisser de traces. C'est à peine si l'on note parfois une très-faible teinte ardoisée ou une légère desquamation furfuracée dans les points qu'elles ont occupés. L'éruption, qui n'a jamais été vue avant le cinquième ou le sixième jour, se montre communément du septième au douzième, et il est rare, à moins d'une rechute, d'en voir apparaître après le troisième ou quatrième septénaire. Les taches rosées lenticulaires se dessinent bien quand elles se développent sur une peau très-blanche, tandis qu'elles sont d'autant moins apparentes que la peau est plus brune.

L'éruption dont je viens de tracer les principaux caractères manque rarement, même dans le cours des fièvres typhoïdes les plus bénignes : c'est donc un symptôme très-important, non-seulement par sa fréquence, mais parce qu'il est en quelque sorte spécial à la fièvre typhoïde; car, si quelques médecins ont vu une éruption analogue dans le cours d'autres maladies fébriles, on peut affirmer que ce fait est des plus rares, et dans ce cas il n'existe qu'un petit nombre de taches mal dessinées et d'une durée très-éphémère.

Il faut prendre garde de confondre, comme on l'a fait, l'éruption typhoïde avec les *pétéchies*. La première est une éruption érythémateuse, les secondes sont des hémorrhagies interstitielles; ce sont de petites ecchymoses arrondies, lenticulaires, ne disparaissant pas par la pression : je les décrirai plus tard en traitant du *purpura*. Disons seulement ici que c'est là une manifestation morbide qui ne survient que dans des cas graves; elle est d'ailleurs fort rare, si on la compare surtout aux taches rosées ainsi qu'aux sudamina dont il me reste à parler.

Cette dernière éruption consiste en de petites vésicules semi-hémisphériques, transparentes, d'un demi-millimètre à un millimètre de diamètre, confluentes, existant, en général, en grand nombre au voisinage des aines et des aisselles, sur les parties latérales du cou, sur tout le tronc, beaucoup plus rarement sur les membres supérieurs. Cette éruption passe aisément inaperçue; car elle n'est ordinairement bien appréciable que par le toucher, ou bien lorsqu'on examine obliquement la surface sur laquelle elle existe. En promenant légèrement sur elle la pulpe du doigt, celui-ci a la sensation de petites inégalités qu'on écrase facilement et qui l'humectent. M. Andral et d'autres ont reconnu au liquide contenu dans les vésicules une réaction acide. Au bout de quelques jours, il devient plus louche ou moins opaque, l'épiderme se ride et une exfoliation finit par avoir lieu. Quelques personnes ont émis l'opinion que l'éruption des sudamina était toujours précédée de sueurs abondantes; cela est loin d'être constant. On doit plutôt reconnaître, avec M. Louis, que les su-

damina ne sont pas dans un rapport constant avec les sueurs, qu'ils sont parfois dans une proportion inverse. Ajoutons, pour terminer, que l'apparition des sudamina n'est jamais critique, et qu'elle n'a aucune valeur pronostique. Bien que les sudamina se rencontrent chez les quatre cinquièmes au moins des individus, ils sont loin pourtant d'avoir l'importance des taches lenticulaires, parce qu'on les remarque indistinctement dans une foule d'états morbides, mais cependant ils sont infiniment plus communs dans la fièvre typhoïde que dans le cours de toute autre affection.

J'ai dit plus haut qu'indépendamment des éruptions que je viens de décrire, on observait encore vers les téguments d'autres manifestations morbides, telles que des érysipèles, de l'ecthyma, des gangrènes; mais ce sont là, à proprement parler, des complications; il en sera question ultérieurement. (Voy. *Complications.*)

Il n'est pas rare non plus de rencontrer sur le ventre, sur les parois thoraciques, ainsi qu'à la face interne des cuisses et des membres supérieurs, les taches ardoisées dont j'ai parlé précédemment (page 20).

*Troisième période.* — La troisième période n'a aucun symptôme qui lui soit spécial. On n'observe guère, à cette époque, que les troubles de la période précédente, s'aggravant toujours si la maladie doit avoir une issue funeste; restant stationnaires, puis s'améliorant, si la terminaison doit être favorable. Dans le premier cas on voit l'amaigrissement faire des progrès rapides, les traits s'altèrent davantage, le météorisme est plus considérable; le pouls augmente de fréquence en même temps qu'il perd de sa force; il devient souvent irrégulier; la peau se couvre d'une sueur visqueuse; la respiration s'embarasse; la prostration est telle que le moindre mouvement est devenu impossible; les évacuations se font involontairement; les malades tombent dans le coma et s'éteignent. Beaucoup sont violemment emportés par quelques-unes des complications que nous étudierons bientôt (péritonite, hémorrhagies intestinales, pneumonie).

Si, par contre, la fièvre typhoïde se termine par la guérison, on remarque d'abord une diminution de la stupeur: le malade, longtemps indifférent, semble s'intéresser à ce qui l'entoure, il commence à pouvoir se remuer dans son lit; l'ouïe revient, il n'est pas rare de voir apparaître une otorrhée simple ou double, preuve nouvelle que la surdité dans la fièvre typhoïde est bien moins un accident nerveux que l'effet de lésions inflammatoires dans les diverses parties de l'oreille. Un sommeil calme succède au délire et au coma; la bouche se nettoie, la langue s'humecte, le météorisme diminue, l'appétit renaît; les selles cessent d'être involontaires, la diarrhée disparaît; le pouls perd de sa fréquence, la peau est moins aride et s'humecte souvent d'une douce moiteur. Cette amélioration est progressive, et il est assez rare qu'elle coïncide avec l'apparition de quelques phénomènes manifestement critiqués. Quoiqu'il en soit, je pense avec Chomel et Genest que la doctrine hippocratique des jours critiques, appliquée à l'étude des fièvres continues, n'a aucun fondement.

**Formes de la fièvre typhoïde.** — Les divers symptômes de la fièvre typhoïde que je viens d'énumérer se groupent de différentes manières, quelques-uns peuvent plus ou moins prédominer sous l'influence de certaines conditions individuelles ou extérieures difficiles à apprécier: or cela imprime à la maladie une physionomie spéciale. C'est d'après cette considération qu'ont été établies les diverses formes ou variétés de la fièvre typhoïde. Les principales sont les formes *inflammatoire, bilieuse, muqueuse, adynamique, ataxique* et *latente*.

*1° Forme inflammatoire.* — Dans la forme inflammatoire, le pouls offre la

forme et la plénitude qu'on observe dans la fièvre franchement inflammatoire; la chaleur est vive, les téguments sont injectés; l'urine est rouge, rare, la soif intense. Cet état n'est, en général, que momentané, et il est commun de le voir remplacé, après quelques jours de durée, ou à la fin du premier septénaire, par l'appareil symptomatique que nous verrons bientôt caractériser les formes adynamique et ataxique.

*2° Forme bilieuse ou gastrique.* — Elle est remarquable par la prédominance des symptômes bilieux, tels que bouche amère, langue jaunâtre, nausées, vomissements et teint jaunâtre de la face. On a signalé cette forme comme régnant surtout en automne et pendant l'été. Les fièvres typhoïdes que Tissot observa à Lausanne pendant l'épidémie de 1755 sont des exemples de la forme bilieuse. Cette variété de la maladie n'existe généralement qu'au début; elle offre les mêmes transformations que la fièvre inflammatoire.

*3° Forme muqueuse.* — On la rencontre, dit-on, chez les sujets affaiblis par une mauvaise alimentation ou habitant des lieux humides et malsains. Dans cette variété de la maladie, la face est pâle, comme bouffie; la langue est blanche, la bouche pâteuse; les selles sont glaireuses; des signes de catarrhe ont lieu du côté de plusieurs muqueuses. Dans l'épidémie de Gœttingue, décrite par Rœderer et Wagler, cette forme paraît avoir existé dans la plupart des cas; les accidents adynamiques lui succèdent fréquemment.

*4° Forme adynamique ou putride.* — C'est la forme la plus fréquente qu'on observe à Paris. Dans un tiers des cas, elle est primitive (Chomel); d'autres fois elle est consécutive aux formes précédentes. C'est dans cette variété qu'on observe plus spécialement ou à un plus haut degré l'hébétude de la face, la prostration extrême des forces, le coma, la petitesse, la lenteur du pouls, le refroidissement du corps, les déjections fétides, les fuliginosités de la bouche, les hémorrhagies passives et les eschares.

*5° Forme ataxique, nerveuse, maligne ou cérébrale.* — Dans cette forme de la maladie, on voit surtout prédominer les troubles du côté du système nerveux, tels que le délire dans ses différentes formes, les soubresauts des tendons, la carphologie, les convulsions, la roideur, la perversion des sens. Dans quelques cas la prédominance des troubles nerveux semble se localiser plutôt dans la moelle; de là une hyperesthésie cutanée assez étendue, des douleurs rachalgiques ou bien de l'anesthésie, etc.; mais ces prétendus accidents spinaux sont généralement peu tranchés, ils sont souvent vagues, sujets d'ailleurs à des interprétations différentes, et sont souvent masqués ou dominés par des troubles bien autrement sérieux du côté du cerveau. Il faut rapporter à la forme ataxique la fièvre que Huxham a décrite sous le nom impropre de *fièvre lente nerveuse*, à cause de sa lenteur apparente et de la fausse bénignité de ses symptômes.

Les cinq formes de fièvre typhoïde que je viens d'énumérer comprennent à peu près les diverses espèces de fièvres continues graves admises par les anciens pyréologues. Cependant je me hâte de dire qu'il est rare de voir les différentes formes que j'ai reconnues avoir des caractères aussi distincts, aussi tranchés qu'on pourrait le croire d'après les descriptions que j'ai données de chacune d'elles. En effet, ces variétés se combinent communément entre elles; dans beaucoup de cas il est même difficile de se prononcer sur la forme de la maladie: c'est ce qui arrive, par exemple, lorsque les symptômes inflammatoires, bilieux, ataxiques et adynamiques coexistent ensemble sans prédominance d'aucun d'eux. Quoi qu'il en soit, on peut dire avec Forget, que les formes adynamique et ataxique sont les plus fréquentes de toutes, parce

qu'elles sont l'aboutissant commun de toutes les autres, parce qu'elles caractérisent toute fièvre typhoïde confirmée, parce que bien peu de malades succombent sans les avoir offertes.

6° *Forme latente.* — Il est des fièvres typhoïdes dans lesquelles les symptômes sont non-seulement remarquables par leur peu d'intensité, mais encore il en est beaucoup qui manquent ou qui ne sont qu'éphémères. C'est ainsi qu'il est des malades chez lesquels un appareil fébrile continu, de médiocre intensité, et la perte d'appétit, sont à peu près les seuls symptômes qui fixent l'attention du médecin. S'il y a eu de la céphalalgie au début, elle n'a été que passagère et peu intense; le dévoiement est peu abondant ou bien il manque, les malades peuvent même être constipés. Le ventre n'offre aucune intumescence, la rate conserve son volume; il n'y a aucun phénomène cérébral grave; il existe peu de vertiges, peu ou point d'insomnie; enfin la prostration est parfois si modérée, que des malades peuvent se lever et même vaquer à quelques occupations peu fatigantes. C'est à ces cas, qui se présentent fréquemment dans la pratique, qu'on a donné le nom de *fièvres typhoïdes latentes.* — Les malades guérissent presque toujours avant que le diagnostic ait pu être établi sûrement; cependant quelques-uns succombent parfois, par suite d'une aggravation subite dans les symptômes, et plus souvent encore par l'apparition de quelques phénomènes nouveaux, comme une hémorrhagie ou une perforation intestinale, accidents qui donnent au diagnostic, jusqu'alors douteux, une grande certitude.

*L'âge modifie-t-il les symptômes de la fièvre typhoïde?* — On peut dire d'une manière générale que la fièvre typhoïde est la même à tous les âges de la vie. Cependant il y a quelques symptômes dont la fréquence varie. Ainsi dans le jeune âge les vomissements sont plus communs au début, tandis que les épistaxis sont moins ordinaires et surtout moins abondantes que chez les jeunes gens. Les troubles digestifs sont les mêmes, sauf pourtant qu'on rencontre moins souvent chez les enfants la langue sèche, racornie et fendillée; la rétention d'urine, le délire violent sont aussi chez eux des symptômes moins communs. On dit qu'il en est de même des vertiges et des bourdonnements; il serait possible pourtant que cette rareté ne fût qu'apparente et dépendit uniquement de la difficulté qu'il y a à constater ces signes dans le jeune âge. Les taches rosées sont aussi constantes que dans la fièvre typhoïde des jeunes gens, mais peut-être chez les enfants se montrent-elles un peu plus tôt et ont-elles une marche plus rapide. Enfin il paraît avéré que dans l'enfance la prostration des forces est moins complète et qu'on observe moins souvent plusieurs des complications les plus redoutables que nous étudierons bientôt, c'est-à-dire les perforations, les hémorrhagies intestinales, la gangrène, et même l'érysipèle.

J'ai observé depuis longtemps que la fièvre typhoïde qui se développe après quarante et surtout après cinquante ans, présente des anomalies plus grandes que celles qui ont été remarquées dans le jeune âge. La céphalalgie est généralement moins vive et surtout moins prolongée; les épistaxis manquent, ou bien elles sont très-peu abondantes, elles ne sont formées que par quelques gouttes de sang. Les troubles digestifs, spécialement le météorisme et la diarrhée, sont moins accusés et surtout plus tardifs à se montrer. Il en est de même des taches rosées qui sont communément moins nombreuses. Les troubles cérébraux sont les mêmes que chez les jeunes gens, cependant le délire est rarement violent; il existe plutôt un état de subdélirium ou de la somnolence, et presque toujours on voit prédominer les symptômes qui caractérisent

la forme adynamique. Ajoutons enfin que la fièvre typhoïde qui survient à l'époque de la vie dont je parle affecte une marche moins régulière, et qu'elle a des périodes beaucoup moins bien définies que celle qui frappe des individus âgés de dix-huit à trente ans. C'est là un fait qui n'a pas, je pense, suffisamment fixé l'attention des pathologistes.

*Marche de la maladie.* — On a vu, par la description que j'ai faite des symptômes, quelle était la marche ordinaire de la fièvre typhoïde. On a pu se convaincre que, comme la plupart des autres affections, elle avait une marche régulière, soit que, s'aggravant sans cesse, elle eût une issue funeste; soit que, parvenue à sa période d'état, elle déclînât ensuite progressivement. Cependant il est des cas où la maladie n'a point une marche aussi simple: quelquefois on la voit, surtout pendant la deuxième période, présenter alternativement des exacerbations et des améliorations subites, mais passagères, qui rendent le pronostic encore plus incertain. La fièvre, dans l'affection typhoïde, est essentiellement continue, pouvant néanmoins offrir, comme la plupart des maladies aiguës, des exacerbations qui ont ordinairement lieu vers le soir. Dans quelques cas, on a vu ces exacerbations survenues régulièrement, être précédées d'un frisson, et suivies de sueurs, comme dans les excès fébriles rémittents; cette périodicité pourtant est généralement peu marquée, et lorsqu'elle existe manifestement, elle est de courte durée. Une périodicité franche se montre plutôt au début de l'affection qu'à une période plus avancée; elle est telle parfois qu'on croit n'avoir à combattre qu'une fièvre intermittente ou rémittente; mais l'impuissance de la quinine et la manifestation de symptômes nouveaux dissipent bien vite les illusions qu'on pouvait avoir.

*Durée.* — L'affection typhoïde se distingue de la plupart des autres maladies aiguës fébriles par une durée *presque toujours* considérable, du moins relativement, quelque bénins d'ailleurs qu'aient été les symptômes. On dit que des malades sont entrés en convalescence dès le huitième jour; je ne saurais le croire. Je pense que, par suite de quelque erreur de diagnostic, on a regardé comme appartenant à une fièvre typhoïde des accidents dépendants de toute autre affection. La fièvre synoque ou quelque inflammation latente sont les maladies qui ont le plus souvent donné lieu à ces méprises. Quelque bénigne qu'ait été la fièvre typhoïde, la convalescence n'a jamais lieu au plus tôt qu'à la fin du second septénaire: dans les cas un peu graves, la durée moyenne est de vingt-huit à trente-deux jours. Je crois que les deux termes extrêmes dans lesquels la convalescence peut être observée sont douze et quatre-vingt jours. Toutes choses égales d'ailleurs, on peut établir, avec Chomel et Genest, que, de toutes les variétés de la fièvre typhoïde, la forme adynamique est celle dont la durée est la plus considérable.

*Convalescence.* — La fièvre typhoïde est une des maladies dans lesquelles la convalescence est la plus longue. Celle-ci a presque toujours une durée proportionnée à la gravité de la maladie qui finit. Même lorsque l'affection a été des plus bénignes et qu'elle n'a duré que deux septénaires, on remarque que la faiblesse, l'amaigrissement et la lenteur avec laquelle les fonctions se rétablissent sont sans proportion avec la maladie; c'est l'opposé de ce que nous avons vu pour la fièvre synoque.

Les individus qui relèvent d'une fièvre typhoïde, même quand elle n'a eu qu'une *moyenne intensité*, sont fort amaigris; l'appétit renaît en général très-vite, et la faim se fait sentir d'une manière impérieuse; mais chez beaucoup on voit survenir de temps en temps de la diarrhée, des indigestions, si l'on ne surveille pas attentivement le régime. Quelquefois il y a des vomissements

bilieux qui peuvent devenir opiniâtres et même incoercibles, lorsqu'ils se lient au ramollissement de la muqueuse stomacale. J'ai vu pareil accident chez quelques convalescents. Bien que la fièvre soit tombée à l'époque dont je parle, beaucoup ont encore le pouls fréquent, la peau aride et quelques sueurs pendant la nuit. Divers accidents peuvent en outre survenir et entraver plus ou moins le rétablissement des forces. Ce sont des furoncles ou des abcès multiples analogues à ceux que nous verrons survenir infiniment plus souvent dans la convalescence des varioles. Chez d'autres, c'est un œdème plus ou moins douloureux qui affecte les extrémités inférieures et qui envahit quelquefois, chez les enfants surtout, toute la périphérie du corps (anasarque). On pourrait alors redouter une albuminurie, mais les urines sont seulement anémiques et elles ne précipitent pas de l'albumine lorsqu'on les fait bouillir ou qu'on les traite par l'acide nitrique. C'est donc là une hydropisie analogue à celle qu'on observe sur les sujets cachectiques, et qui se lie à l'altération profonde que le sang a subie dans ses principaux éléments, surtout à la diminution de son albumine, sans que celle-ci ait jamais été à aucune époque éliminée par les reins.

Il est ordinaire qu'après les fièvres typhoïdes graves l'intelligence reste quelque temps paresseuse, et que l'aptitude aux travaux intellectuels soit moindre pour un temps plus ou moins long; mais il n'est pas rare en outre d'observer au début ou dans le cours de la convalescence un dérangement des facultés intellectuelles à forme variable. Les uns ont un délire maniaque; d'autres ont une obtusion telle des idées, qu'ils se rapprochent des déments. Cette folie accidentelle se dissipe en général spontanément, à mesure que les forces reviennent, mais je l'ai vue néanmoins persister depuis quelques semaines jusqu'à plusieurs mois. Chez beaucoup de malades, l'ouïe revient lentement; c'est ce qu'on observe surtout chez ceux qui ont eu un écoulement purulent par l'oreille. L'otorrhée arrive peut-être sur un vingtième des sujets, à une époque assez avancée de la maladie, c'est-à-dire du vingtième au quarantième jour; elle s'accompagne quelquefois de la perforation de la membrane du tympan, comme Menière me l'a fait remarquer plusieurs fois il y a vingt-cinq ans. Dans ce dernier cas, l'ouïe peut rester plus ou moins dure pendant toute la vie. Notons enfin la desquamation de l'épiderme, surtout aux pieds et aux mains, phénomène rare; et surtout la chute plus ou moins complète des cheveux, qui, par contre, arrive presque constamment lorsque la fièvre typhoïde a eu quelque gravité; on la remarque même assez souvent dans la forme bénigne de la maladie. Si ce phénomène est rarement noté dans les hôpitaux, c'est qu'il ne survient guère que deux ou trois mois après la guérison, c'est-à-dire à une époque où les individus ne sont plus soumis à notre observation.

La convalescence peut être entravée par une foule d'affections intercurrentes, mais la fièvre typhoïde ne prédispose particulièrement à aucune d'elles. En raison des perturbations profondes que la maladie apporte à la nutrition, on pourrait craindre que les convalescents de fièvres typhoïdes ne fussent plus exposés à la tuberculisation; il n'en est rien. Si de temps en temps on voit des tubercules naître dans ces conditions et suivre en général alors une marche rapide, on peut affirmer que ce fait est des plus rares, surtout si on le compare avec ce qui a lieu à la suite des rougeoles et des pleurésies.

**Suites de la maladie.** — Le plus souvent la fièvre typhoïde ne laisse après elle aucune trace, soit favorable, soit fâcheuse. On a pourtant remarqué que quelques individus chétifs jusqu'alors avaient vu leur constitution se fortifier après avoir échappé aux périls de l'affection; d'autre part, j'ai remarqué plu-

sieurs fois que la fièvre typhoïde laissait sur le système nerveux une empreinte fâcheuse: c'est ainsi que chez quelques-uns la mémoire a diminué, d'autres ont une aptitude intellectuelle moindre; ces modifications durables, observées également chez les enfants et chez les adultes, ont été vues spécialement après la forme ataxique.

**Rechutes.** — La convalescence, après s'être établie, peut être entravée par une rechute. Celle-ci survient tantôt sans cause; le plus souvent elle est provoquée par des imprudences, par des écarts de régime. On voit alors la fièvre renaître, la langue se sécher de nouveau; mais les symptômes abdominaux, surtout la diarrhée et le météorisme, n'ont pas communément l'intensité qu'ils avaient au début. Du côté du système nerveux on peut voir survenir la plupart des troubles signalés plus haut; on voit aussi parfois des taches et plus souvent des sudamina se montrer; mais, en somme, les accidents sont variables, irréguliers, ils n'ont pas une marche déterminée, ni cet ordre de succession qu'on remarque communément dans la première attaque. Si les individus ne sont pas emportés par une complication, on ne trouve souvent à l'autopsie aucune lésion capable d'expliquer les symptômes observés pendant la rechute; les ulcérations intestinales elles-mêmes sont détergées, en voie de cicatrisation et parfois même cicatrisées; les ganglions ont à peu près repris leur volume, ils sont ardoisés, et la rate est petite. Observons cependant que dans quelques cas rares la rechute offre la série régulière d'accidents qu'on observe quand une fièvre typhoïde débute. Les malades ont de nouveau des épistaxis, de la céphalalgie, des râles dans la poitrine, des taches lenticulaires, du météorisme, de la diarrhée; c'est, en quelque sorte, une fièvre typhoïde nouvelle. Aussi, lorsque les individus succombent, trouve-t-on dans l'intestin deux ordres de lésion: les unes anciennes, ce sont des ulcérations en voie de cicatrisation; les autres récentes, c'est-à-dire des plaques et des ganglions tels qu'ils existent dans les deux premiers septénaires de la maladie. En général, la rechute a une durée plus courte que la première attaque, mais elle expose le malade à plus de périls.

**Récidives.** — Il est aujourd'hui démontré que la fièvre typhoïde, semblable en cela à la variole, à la rougeole et à la scarlatine, n'affecte qu'une seule fois le même individu; elle donne même une immunité plus complète que ces dernières maladies ne le font; il est en effet infiniment plus rare de voir récidiver l'affection typhoïde que les diverses espèces de fièvres éruptives.

**Terminaison.** — Si la fièvre typhoïde a une issue funeste, la mort arrive rarement avant le septième jour. C'est pendant le deuxième et surtout dans le troisième septénaire que la plupart des malades succombent. Il en est qui luttent pendant soixante à quatre-vingts jours. Les uns meurent par une des complications que nous étudierons plus tard, d'autres par l'aggravation progressive de tous les symptômes. Dans quelques cas la mort est subite, imprévue. Est-elle l'effet d'une syncope? L'autopsie ne peut rendre compte d'une terminaison si brusque. Celle-ci n'arrive d'ailleurs de la sorte qu'à une période avancée.

**Complications.** — La fièvre typhoïde peut se compliquer de plusieurs accidents. Les plus communs sont: 1° la péritonite, presque toujours consécutive à la perforation de l'intestin; 2° les hémorrhagies intestinales; 3° les inflammations des voies aériennes; 4° plusieurs phlegmasies externes (érysipèle, ecthyma); 5° l'otite; 6° les parotides; 7° les eschares, accidents qu'on observe surtout dans le deuxième et dans le troisième septénaire.

1° *Péritonite.* — La péritonite est la complication la plus redoutable de la fièvre typhoïde; presque toujours elle est consécutive à la perforation de l'in-