

testin. Si des adhérences protectrices ne sont pas organisées préalablement, la perforation permet aux gaz et aux liquides de l'intestin de s'épancher dans le péritoine, d'où la production inévitable d'une péritonite suraiguë. Une douleur subite, parfois assez vive pour arracher des plaintes, marque le début de l'accident. Si la prostration est grande et les sensations obtuses, la péritonite semble alors avoir moins d'acuité et ne se révèle guère que par une douleur pongitive que la palpation du ventre réveille. Circonscrite d'abord vers la fosse iliaque droite ou à l'hypogastre, c'est-à-dire au voisinage des points où la perforation s'est faite, elle ne tarde pas à envahir la plus grande partie de l'abdomen; presque toujours en effet la péritonite consécutive devient générale très-promptement.

Le début de la péritonite par perforation est parfois marqué par un frisson, par un refroidissement du corps avec cyanose des extrémités et de la face. Celle-ci, considérablement amaigrie, porte l'empreinte d'une altération profonde; la voix est parfois diminuée, cassée; le pouls, petit, dépressible, acquiert une fréquence qui dépasse presque toujours 120 ou 130. Des vomissements parfois bilieux ont lieu souvent; le météorisme augmente, et il est commun de voir alors la diarrhée diminuer et même les selles se supprimer tout à fait. Un observateur distingué, M. le professeur Caseneuve (de Lille), a noté aussi en pareil cas la rétention d'urine (1). C'est au milieu de ce cortège de symptômes que la mort arrive, après une lutte qui souvent ne se prolonge que quelques heures, et qui atteint rarement la fin du second jour. C'est tout à fait exceptionnellement qu'un malade de M. Louis a résisté pendant sept jours à des troubles aussi graves.

La perforation intestinale précédée parfois, pendant douze ou vingt-quatre heures, par un redoublement de diarrhée, est un accident qui arrive brusquement. Il se déclare, dans les cas graves comme dans les plus bénins, plus fréquemment peut-être dans ces derniers et dans ceux d'intensité moyenne que dans les autres. Un météorisme considérable, une pression immodérée exercée sur la fosse iliaque pour déterminer le phénomène du gargouillement, une alimentation trop abondante (Caseneuve), peuvent favoriser ou provoquer la perforation; mais en général cet accident formidable survient sans cause appréciable et d'une manière tout à fait imprévue. Il paraît être beaucoup moins commun chez les enfants que chez les jeunes gens et chez les adultes.

J'ai dit que la péritonite qui se déclare dans le cours de la fièvre typhoïde est *presque toujours* consécutive à une perforation intestinale. Elle peut cependant, mais très-exceptionnellement, survenir sans cette complication, soit d'une manière en apparence spontanée, soit par suite de l'extension du travail phlegmasique de la membrane muqueuse des intestins à leur tunique péritonéale. C'est ce que Thirial a établi dans l'*Union médicale* de l'année 1853. Deux fois, l'intestin étant intact, j'ai vu la phlegmasie péritonéale avoir pour point de départ une lésion non encore décrite de la vésicule biliaire, dont les parois amincies, ténues comme une toile d'araignée et poreuses, avaient permis à la bile de transsuder et de fluer dans le péritoine.

Il n'existe aucun signe certain pour reconnaître le point de départ de la péritonite; vu la fréquence des perforations, c'est presque toujours à cette lésion qu'on devra rattacher les phlegmasies péritonéales qui éclatent tout à coup dans le cours des fièvres typhoïdes.

3° *Hémorrhagies intestinales.* — Des hémorrhagies intestinales ont fréquem-

(1) *Gazette médicale*, année 1847.

ment lieu dans le deuxième et le troisième septénaire de la maladie, c'est-à-dire pendant la période la plus aiguë des ulcérations. La quantité de sang perdu peut osciller depuis quelques grammes jusqu'à plusieurs litres. Nul doute que le sang n'ait le plus communément d'autre origine que l'érosion d'un vaisseau compromis au milieu du travail ulcératif de l'intestin. Cependant il n'y a rien d'impossible que, dans quelques cas, le sang soit seulement exhalé à la surface de la membrane muqueuse. Quoi qu'il en soit, si le sang est versé en abondance dans l'intestin, il est rendu plus ou moins promptement, tantôt encore fluide, tantôt en caillots. Presque toujours il est d'un rouge vineux ou d'un noir plus ou moins foncé, mais très-reconnaissable; il n'en est plus de même lorsque, exhalé en très-petite quantité, il se mélange intimement avec les matières intestinales, car sa présence peut être alors aisément méconnue. Cependant on devra tenir pour suspectes des garde-robes qui, étant noirâtres, laisseront déposer une matière mélanique plus ou moins analogue à de la suie ou à du marc de café. Les symptômes sont en rapport avec la quantité de sang qui est perdue; l'hémorrhagie est-elle abondante, on notera tous les phénomènes qu'on remarque à la suite des hémorrhagies graves; je les ferai connaître plus tard en traitant des hémorrhagies en général.

Les hémorrhagies intestinales sont communément un symptôme grave, car elles sont souvent cause de mort, et quand elles sont insuffisantes pour amener ce résultat, elles augmentent presque toujours la débilité et retardent la convalescence. Contrairement à ce qui arrive pour plusieurs autres exhalations sanguines, on ne voit guère les hémorrhagies intestinales être jamais critiques. Les cas où ces pertes sanguines ont été suivies d'un amendement notable dans les symptômes sont excessivement rares, cela n'arrive d'ailleurs que lorsque l'affection est de moyenne gravité, et lorsque les malades sont peu affaiblis. L'hémorrhagie intestinale est une complication fréquente chez les jeunes gens ainsi que chez l'adulte, tandis qu'elle est très-rare dans la fièvre typhoïde du jeune âge, car avant dix à douze ans elle se montre peut-être à peine une fois sur cinquante, c'est-à-dire trois ou quatre fois moins souvent que chez l'adulte et surtout que chez les jeunes gens.

3° *Entérite.* — L'entérite, complication tout à fait secondaire chez l'adulte, paraît au contraire jouer un rôle important dans la fièvre typhoïde du jeune âge; elle est d'autant plus commune que les enfants se rapprochent davantage de la naissance. Une augmentation des douleurs abdominales, ou de la diarrhée et du météorisme, fait reconnaître cette complication, qui se caractérise anatomiquement par la rougeur et par le ramollissement de la muqueuse du gros et du petit intestin.

4° *Inflammations et congestions des voies aériennes.* — La bronchite capillaire, la pleurésie, la pneumonie et la congestion passive des poumons surtout, sont des complications très-communes de la fièvre typhoïde. J'ai observé l'inflammation des poumons sur le septième des individus. M. Louis l'a vue chez un sixième; cette dernière proportion est à peu près celle qu'on observe pour les enfants. J'exposerai plus tard les signes auxquels on reconnaîtra cette grave complication. Disons seulement ici que la pneumonie est souvent latente, les crachats caractéristiques manquent presque toujours, ainsi que la douleur de côté, et les phénomènes d'auscultation sont souvent masqués par les râles bruyants de la bronchite. Rappelons enfin que plus souvent encore le poumon est plutôt congestionné que réellement enflammé; il est plutôt splénisé qu'hépatisé. Une obscurité du son dans une étendue plus ou moins considérable de l'un et de l'autre poumon, s'étendant de bas en haut quelques râles muqueux

et sous-crépité, des crachats rares, visqueux, parfois salis d'un peu de sang, une oppression plus ou moins grande, des accidents asphyxiques survenant promptement lorsque la lésion envahit la majeure partie des deux poumons à la fois, tels sont les symptômes qui feront reconnaître un des accidents les plus redoutables de la maladie. La pneumonie et la pleurésie sont des complications rares au début, elles n'arrivent guère que dans le second ou le troisième septénaire et même plus tard; il n'en est pas de même de la bronchite capillaire, qui peut, dès les premiers jours, compromettre le salut des malades et masquer même le caractère de la maladie principale.

5° *Phlegmasies cutanées*. — Il en est deux qui peuvent être considérées comme de véritables complications : ce sont l'ecthyma et l'érysipèle.

L'ecthyma se développe sur les fesses, à la partie postérieure des cuisses et du tronc, régions irritées par le décubitus, ainsi que par le contact des urines et des matières diarrhéiques. Il n'y a parfois que quelques pustules disséminées, d'autres fois elles sont nombreuses; j'en ai compté, dans certains cas, plusieurs centaines. La plupart se dessèchent, mais beaucoup aussi peuvent devenir l'origine d'ulcérations douloureuses et dont la cicatrisation s'opère lentement; ou bien encore on voit assez souvent la phlegmasie gagner le tissu cellulaire et donner lieu à un petit abcès fort circonscrit que la moindre pression suffit pour vider et qui guérit promptement. (Voyez l'article *Ecthyma*.) L'ecthyma se développe communément dans le cours du deuxième ou du troisième septénaire; il en est de même de l'érysipèle. Celui-ci occupe presque toujours la face; il est ordinairement circonscrit à une ou deux régions, il peut même rester borné au nez, et, sous le rapport de la rougeur et du gonflement, il est loin d'offrir l'acuité de l'érysipèle qui survient primitivement chez des sujets bien portants. Cependant cette bénignité apparente de l'érysipèle qui se déclare dans les conditions dont je parle est du plus fâcheux augure, car on voit succomber près de la moitié des malades qui en sont atteints.

6° *Otite*. — L'otite est un accident très-commun, c'est ce que nous avons précédemment établi. L'écoulement par le conduit auditif, qu'il y ait ou non perforation de la membrane du tympan, se rencontre plus souvent chez les jeunes sujets : on l'a noté, en effet, sur un dixième des enfants. Cette complication ne compromet jamais la vie, mais nous avons vu qu'elle peut laisser après elle une surdité durable.

7° *Parotides*. — Les parotides sont des complications rares à tous les âges, et qu'on ne peut considérer comme des mouvements critiques favorables que dans la très-minime partie des cas. En effet, l'inflammation de la parotide est une maladie qui n'est pas sans péril. Beaucoup de ceux qui en sont atteints succombent aux désordres qui peuvent en être la suite. (Voyez, dans la classe des inflammations, l'article *Parotides*.)

8° *Eschares*. — De toutes les maladies aiguës, la fièvre typhoïde est celle dans laquelle on observe le plus souvent des ulcérations et des eschares aux téguments. Cette complication surviendrait, d'après M. Louis, chez un sixième des individus environ. Elle est aujourd'hui beaucoup plus rare. Cela dépend-il du traitement généralement usité, ou d'une de ces modifications spontanées que toutes les maladies présentent et qui font que le même accident est commun ou plus rare à certaines époques? Il est avéré pour moi qu'on voyait, il y a vingt ans, beaucoup plus d'eschares qu'aujourd'hui. La mortification dont je parle se forme spécialement sur les parties qui supportent le poids du corps, telles que le sacrum et les fesses, surtout dans les rainures qui les séparent des cuisses; on en voit encore fréquemment sur les trochanters, sur les talons,

aux coudes et même sur l'occiput. Quelquefois la désorganisation frappe les surfaces des plaies artificielles, telles que vésicatoires, piqûres de sangsues, ou bien encore les points qui ont été momentanément irrités par des cataplasmes sinapisés. J'ai vu une stomatite provoquée par le calomel donner lieu à une gangrène qui envahit en quelques jours les gencives et les parois buccales. La mortification des parties extérieures peut arriver spontanément, sans cause appréciable : c'est ainsi que j'ai vu survenir le sphacèle de la peau de la cuisse, du scrotum, du pied et de la lèvre inférieure. On a même observé la mortification d'un membre tout entier. M. Bourgeois peut-être et M. Patry (de Sainte-Maure) ont cité quelques faits de ce genre. Il est probable que lorsque la gangrène est aussi étendue, elle doit avoir pour point de départ une altération produisant l'oblitération de l'artère (1).

La complication dont je parle est toujours chose fâcheuse, car elle indique un état grave de l'économie. Ajoutons que la gangrène peut devenir par elle-même une cause de mort; car lorsque les eschares se séparent, beaucoup de malades succombent par suite de l'abondance de la suppuration, ou parce que l'organisme affaibli ne peut faire les frais de la cicatrisation. Ce grave accident se rencontre, dit-on, près de deux fois plus souvent chez l'adulte que chez l'enfant.

Diagnostic différentiel. — Parmi les nombreux symptômes qu'on observe dans la fièvre typhoïde, il n'y en a aucun qui soit pathognomonique; de sorte que, pour arriver au diagnostic de la maladie, il faut la réunion ou l'ensemble d'un certain nombre de symptômes généraux et locaux. Il existe surtout quelques phénomènes qui ont une grande importance, parce qu'on les observe rarement dans le cours des autres maladies aiguës, et que, lorsqu'ils se montrent dans celles-ci, ils sont beaucoup moins marqués que dans la fièvre typhoïde. C'est la céphalalgie intense et continue, ce sont les épistaxis, les taches lenticulaires, les sudamina, les eschares, le météorisme, le gargouillement dans la fosse iliaque droite, les hémorrhagies intestinales, l'augmentation de volume de la rate, la stupeur, le délire, l'assoupissement ou l'insomnie, la contracture et les soubresauts, une débilité très-grande enfin, souvent disproportionnée avec les autres symptômes ainsi qu'avec la durée de la maladie. C'est la réunion de ces divers troubles ou du moins leur présence en plus ou moins grand nombre qui pourra révéler l'existence d'une fièvre typhoïde.

Dans beaucoup de cas pourtant le diagnostic présente plus ou moins de difficultés : ainsi, dès le début de l'affection, lorsqu'il n'y a que de la céphalalgie, de la fièvre, de l'anorexie, de la soif, de la diarrhée et de la faiblesse, il est impossible de dire si c'est une fièvre typhoïde qui commence plutôt qu'une autre maladie aiguë. Il est, en effet, plusieurs affections qui présentent beaucoup de ressemblance avec la fièvre typhoïde : tels sont, en particulier, les fièvres éruptives, surtout la variole dans sa période prodromique, l'embarras gastrique avec fièvre, les affections catarrhales peu intenses, la fièvre inflammatoire, enfin beaucoup de phlegmasies viscérales; de sorte que, pour préciser le diagnostic, on est souvent obligé d'attendre la manifestation d'autres symptômes, tels que le météorisme, le gonflement de la rate, les taches, etc. Cependant, si dans ces cas douteux la faiblesse est déjà très-grande, s'il y a une insomnie persistante, des bourdonnements d'oreilles et des vertiges, si la langue tend à se dessécher, on devra plutôt *incliner* vers l'existence d'une fièvre typhoïde.

Suivant Delaroque, au contraire, le diagnostic de la fièvre typhoïde pourrait toujours être établi dès le début avec certitude, parce que, suivant lui, on

(1) *Archives générales de médecine*, année 1863.

trouverait constamment groupés, dès le premier ou dès le deuxième jour de la maladie, quatre caractères dont la réunion constituerait le vrai signe caractéristique de l'état typhoïde. Ces symptômes seraient : 1° la stupeur; 2° la dilatation des pupilles; 3° la pulvérulence ou l'enduit brunâtre de l'intérieur des narines; 4° le gargouillement iléo-cæcal. Ces phénomènes ne me semblent pas aussi constants au début que le pensait Delarrouque; je crois notamment qu'ils manquent dans la plupart des cas légers, et dans grand nombre d'autres qui n'ont qu'une intensité moyenne. Après le premier septénaire, cependant, il est rare que le diagnostic soit encore incertain; car si l'on n'avait ni les taches, ni le météorisme, ni la stupeur, ni les épistaxis, ni les hémorrhagies intestinales, on devrait néanmoins, en considération seule de la *durée de la fièvre*, présumer qu'on a affaire à l'affection typhoïde. En effet, c'est avec beaucoup de raison que, dans sa *Pathologie générale*, Chomel établit qu'une fièvre aiguë qui persiste au delà du huitième jour, et qui, jusqu'à cette époque, après des explorations méthodiques et répétées, n'a présenté aucun signe local d'une phlegmasie assez intense pour l'expliquer, doit être rapportée à la maladie typhoïde, du moins dans notre climat et dans le cours accoutumé de notre état sanitaire. L'examen du sang peut, en outre, aider à déterminer la cause du mouvement fébrile : si, en effet, celui-ci est symptomatique de quelques phlegmasies, on observera aussitôt une augmentation considérable de la fibrine; tandis que nous avons vu que, dans les pyrexies simples, ce principe n'augmente jamais, qu'il reste souvent en quantité normale, ou qu'il diminue parfois (Andral).

L'âge des malades est encore un élément précieux de diagnostic. Nous verrons, en effet, bientôt que la fièvre typhoïde n'affecte presque jamais les individus au delà de cinquante ou soixante ans : aussi lorsqu'à cet âge on constate un appareil symptomatique pouvant indiquer l'affection des plaques de Peyer, on devra, avant d'admettre celle-ci, rechercher plutôt dans la souffrance de quelque organe profond, et surtout dans la poitrine, la cause de l'état typhoïde qu'on observe. Quel que soit d'ailleurs l'âge des sujets, il est impossible, pour peu qu'on soit attentif et instruit, de confondre pendant longtemps l'état typhoïde tenant à l'altération des plaques de l'intestin et celui qui est symptomatique de quelque phlegmasie viscérale; car, grâce aux progrès qu'a faits dans ce siècle le diagnostic des affections locales, on ne peut rester longtemps incertain sur la cause des symptômes adynamiques qu'on observe. Les maladies qui simulent le mieux la forme adynamique de la fièvre typhoïde sont les phlegmasies thoraciques, la péritonite, surtout celle qui affecte les femmes en couches, la phlébite, la morve aiguë, les phlegmasies des voies urinaires, le choléra asiatique dans sa période de réaction. Mais on verra, à la description que je ferai de chacune de ces maladies, comment on pourra éviter l'erreur si l'on a égard à l'âge des sujets, aux circonstances dans lesquelles on observe, aux symptômes concomitants, à la marche de la maladie, et surtout aux phénomènes fournis par l'exploration des organes.

Dans la fièvre typhoïde ataxique, lorsque surtout les malades ont un délire violent, un grand nombre de personnes méconnaissent l'affection et admettent l'existence d'une phlegmasie des méninges et du cerveau. Mais cette erreur, qui peut avoir les plus funestes résultats, ne pourra être commise que dans les cas fort rares où l'on n'aurait aucune espèce de renseignements sur les antécédents des malades, lorsque la plupart des symptômes de la fièvre typhoïde manquent, et que le délire est survenu prématurément dès le premier jour de la maladie. Cependant, avec de l'attention, on pourra presque toujours établir le diagnostic différentiel par la comparaison des symptômes et par la marche

différente que suivent la fièvre typhoïde et les phlegmasies encéphalo-rachidiennes : c'est ce que j'exposerai plus tard en traitant des affections méningées. Plusieurs fois j'ai vu une bronchite capillaire prédominer tellement dès les premiers jours, que la fièvre typhoïde était d'abord méconnue. En analysant avec soin les phénomènes, on peut éviter une erreur, qui néanmoins est rarement préjudiciable au malade, car le péril principal, ou du moins le danger le plus prochain, étant dans l'affection des bronches, c'est contre elle d'abord qu'il faut diriger tous les efforts de la thérapeutique, sans trop se préoccuper de la maladie principale. (Voy. *Bronchite capillaire*.)

Nul doute que la tuberculisation aiguë généralisée et même que la phthisie pulmonaire à marche très-rapide ne puissent parfois simuler, du moins pour quelques instants, une fièvre typhoïde. Mais c'est là un point de diagnostic différentiel que nous étudierons aux articles consacrés aux *tubercules en général* et à la *phthisie pulmonaire*.

Nous montrerons plus tard, en traitant de l'entérite, qu'il est impossible de confondre la fièvre typhoïde avec l'inflammation intestinale, du moins chez l'adulte; tandis que, dans le jeune âge, l'entérite intense offre quelquefois tant de ressemblance avec la forme grave de la fièvre typhoïde, qu'il peut devenir difficile d'établir le diagnostic différentiel des deux affections.

Pronostic. Le pronostic de la fièvre typhoïde est toujours grave. Quelque bénigne que soit la maladie, *il est impossible de prédire si son issue sera bonne ou mauvaise*; car on ne doit jamais oublier que, dans les cas les plus simples et les plus bénins, et pendant que tout ferait supposer une heureuse terminaison, la perforation intestinale peut nous surprendre et tuer le malade en quelques heures. Cet accident formidable, que rien ne peut nous faire prévoir, empêchera toujours un médecin prudent d'établir sans restriction un pronostic favorable, même dans les cas où les symptômes généraux et locaux sembleraient y autoriser le plus. Mais, indépendamment du caractère propre de la maladie, il existe encore quelques circonstances particulières, telles que des conditions d'âge ou bien certains symptômes, qui doivent aussi modifier le pronostic.

Si le *sexe* n'exerce aucune influence manifeste sur l'issue de la maladie, il n'en est pas de même de l'*âge* des sujets. Des faits nombreux ont aujourd'hui démontré que la fièvre typhoïde était très-meurtrière dans l'enfance, puisque, à cet âge, elle emporte quelquefois, soit par elle, soit par ses complications, plus du quart des sujets (Rilliet et Barthez) : M. Barrier pourtant n'indique qu'une mortalité d'un dixième. Quoi qu'il en soit, l'affection est surtout grave dans les cinq premières années de la vie. De quinze à vingt ans, elle paraît faire beaucoup moins de victimes qu'à tous les autres âges. De vingt à quarante ans, le degré de mortalité, quoiqu'un peu plus considérable que précédemment, ne varie pas beaucoup, tandis qu'au-dessus la proportion des morts semble augmenter.

Les sujets débilités par une nourriture insuffisante ou par des chagrins prolongés, les hommes d'une constitution très-affaiblie, sont ceux chez lesquels la maladie offre généralement le plus de gravité. Cependant il importe de dire que si chez un sujet cacochyme on doit se montrer plus préoccupé de l'issue que peut avoir l'affection, il ne faudrait pas d'une manière générale baser trop son pronostic sur le plus ou moins de force de la constitution, car rien de plus commun que de voir les individus les plus vigoureux être emportés, tandis que de beaucoup plus faibles résistent. On croit (et je pense que c'est avec raison) que l'état puerpéral est une circonstance aggravante; cependant Cazeaux, s'appuyant sur quelques faits peu nombreux encore, et partant insuffisants, a soutenu, dans son *Traité d'obstétrique*, que la fièvre typhoïde survenant dans

les premiers jours qui suivent l'accouchement, était moins grave que dans les autres conditions.

L'influence des *saisons* sur la mortalité n'est pas encore bien établie. D'après Chomel, la lenteur de l'invasion serait une circonstance défavorable.

Parmi les symptômes ou les accidents qui donnent de la gravité au pronostic, il faut citer un *météorisme* considérable, les *selles involontaires*, le *muguet*, moins commun ici que dans les maladies chroniques. Parmi les troubles cérébraux, le *délire* est toujours une circonstance aggravante; mais il constitue surtout un signe fâcheux lorsqu'il survient dès le début de la maladie, et qu'il est assez violent pour nécessiter l'usage de la camisole de force. Le *coma*, lorsqu'il est permanent, et les *soubresauts des tendons*, sont aussi des symptômes très-fâcheux; mais, quelque graves qu'ils soient, ils n'indiquent pas une mort à peu près certaine, comme le font les *convulsions*, la *roideur tétanique* des membres, la *dysphagie* par paralysie du pharynx et le *facies hippocratique*. La *surdité*, même complète, n'est pas un signe aussi funeste qu'on le croit généralement. Si on lui a donné une gravité qu'il n'a point, c'est parce qu'on le considérait comme étant purement cérébral, tandis que nous avons prouvé que la surdité n'était presque toujours qu'une conséquence de l'otite. La *fréquence extrême du pouls*, ou bien son *ralentissement* succédant tout à coup à une grande fréquence, et sans une amélioration concordante dans les autres symptômes, est un signe du plus fâcheux augure.

Toutes les *formes* de la maladie sont dangereuses; mais les formes *adynamique* et *ataxique*, et cette dernière surtout, sont celles qui comportent le plus de gravité.

Toutes les complications ajoutent nécessairement à la gravité de la maladie. Presque tous ceux qui sont affectés de *pneumonie* ou de pleurésie intercurrente succombent promptement; il en est de même de ceux qui présentent vers l'un et l'autre poumon cette forme de congestion que nous avons décrite sous le nom de *splénisation*; la bronchite capillaire est aussi une complication sérieuse, mais elle fait pourtant moins de victimes que les précédentes. Lorsque les signes de *perforation intestinale* ont lieu, il faut à peu près désespérer du salut des malades, je dis à peu près, parce que la mort n'a pas lieu fatalement, mais les cas de guérison, observés quelquefois dans le cours d'une vie médicale très-active, sont trop rares pour pouvoir modifier la gravité du pronostic. Les hémorragies intestinales constituent également un signe fâcheux, mais cependant dans les hôpitaux on voit guérir plus de la moitié des individus qui ont présenté cet accident; en ville, la proportion des guérisons est plus grande encore, parce que les malades étant mieux surveillés, on est averti dès hémorragies faibles, qui passent souvent inaperçues à l'hôpital. La formation d'*eschares*, surtout au *sacrum*, est une circonstance très-aggravante; j'en dirai autant de l'*érysipèle de la face*, qui, quelque bénin qu'il soit en apparence, trahit néanmoins un état des plus graves. On voit, en effet, succomber au moins la moitié de ceux qui offrent cette complication.

La marche de la maladie peut être aussi un élément de pronostic. Chomel a dit avec raison que lorsque, après une courte rémission, on voit reparaitre les symptômes avec autant ou plus d'intensité qu'auparavant, le pronostic doit être grave: la maladie a presque toujours alors une issue fatale. Les rechutes sont également plus fâcheuses que la maladie première.

Étiologie de la fièvre typhoïde. — La fièvre typhoïde est une des maladies les plus communes et qui, peut-être, atteint à divers degrés la majeure partie de l'espèce humaine. La recherche des causes prédisposantes et occa-

sionnelles de la maladie a été faite dans ces derniers temps avec beaucoup de soin: voici les résultats principaux qu'on a obtenus.

1^o Age. — Il résulte des faits consignés dans les ouvrages de Chomel et de M. Louis, que la maladie a son maximum de fréquence de dix-huit à trente ans, et qu'elle est rare au-dessus de quarante; ces auteurs ne l'ont jamais vue après cinquante-cinq ans. Cependant la maladie peut se montrer chez des individus beaucoup plus âgés. Je l'ai observée deux fois chez des hommes de soixante et soixante-cinq ans; le diagnostic certain, dans les deux cas, a été vérifié une fois par l'autopsie. MM. Lombard et Fauconnet, de Genève, rapportent (*Gazette médicale*, 1843) que sur un relevé de 1000 malades atteints de fièvre typhoïde, on en comptait 5 qui avaient de cinquante à soixante ans: ils citent même un septuagénaire qui, succombant à une période avancée de la maladie, présenta la lésion caractéristique des ganglions et des plaques.

Dans l'enfance, la fièvre typhoïde est commune; c'est ce qu'ont prouvé les recherches de MM. Barrier, Taupin, Rilliet et Barthez. On voit, en effet, par les travaux de ces auteurs, que l'affection dont nous traitons est surtout fréquente de neuf à quatorze ans; qu'elle l'est moins de cinq à huit, et qu'elle est tout à fait rare dans les premières années de la vie. Cependant on en a observé des exemples dès les premiers mois de l'existence: j'ai guéri une fièvre typhoïde qui s'était développée chez un enfant âgé de quelques mois; et un fait communiqué à la Société de médecine d'Indre-et-Loire, par notre ami Charcellay, semble prouver que la fièvre typhoïde peut même atteindre l'enfant dans le sein maternel.

2^o Sexes, constitutions, professions et conditions sociales. — On ne sait rien de positif sur la prédisposition exercée par le sexe, par les professions et par les conditions sociales.

On a dit pourtant que dans l'enfance la maladie sévissait plus sur les garçons que sur les filles, et atteignait ceux qui étaient le mieux développés et avaient les apparences de la meilleure constitution, mais il n'y a à ce sujet rien de bien rigoureux. On ignore aussi si quelque profession y prédispose plus que d'autres; il en est de même des conditions sociales. La fièvre typhoïde ne respecte aucune des classes de la société. On sait positivement que la misère rend communément l'affection plus grave et augmente la proportion de la mortalité, mais on ignore absolument la part qu'elle a dans le plus ou moins de fréquence de la maladie.

3^o Constitution, état antérieur. — On sait que le plus ou moins de force de la constitution a peu d'influence sur la mortalité, mais on ignore si elle en exerce une sur la fréquence de la maladie. Il est un fait digne d'être signalé ici, c'est que contrairement à ce qui a lieu pour beaucoup d'autres maladies et surtout pour les fièvres éruptives, l'affection typhoïde survient presque toujours primitivement, car chez l'adulte, comme dans le jeune âge, on ne la voit presque jamais atteindre des convalescents; c'est ce qui explique pourquoi il est si rare de la voir éclater à l'hôpital chez des individus qui y ont été traités pour toute autre affection.

4^o Changement d'habitudes, acclimatement. — MM. Petit et Serres, Louis et Chomel, ont démontré que le plus grand nombre de fièvres typhoïdes qu'on observait dans les hôpitaux de Paris sévissait sur des sujets arrivés des provinces, et non encore acclimatés. Cela porterait à penser que le changement d'habitudes, de climat, de nourriture, constitue une prédisposition puissante pour la production de la maladie; cependant la fièvre typhoïde est une maladie qui ne respecte personne, et que nous voyons sévir ici avec une égale fréquence chez les indigènes comme chez les étrangers.

5° *Encombrement*. — M. Piorry croit que l'encombrement est une circonstance qui, à elle seule, peut développer l'affection; rien ne le démontre. Contrairement à ce que nous verrons pour le typhus, la fièvre typhoïde éclate, en effet, chez des sujets placés dans les meilleures conditions hygiéniques. Mais si l'altération de l'air qui résulte de l'encombrement est sans influence pour développer la maladie, du moins cette cause la rend généralement beaucoup plus grave.

6° *Climats, saisons, localités*. — Nous ne savons rien de précis sur l'influence des climats, si ce n'est que la maladie règne dans tous les pays de l'Europe, et qu'elle est même assez commune dans l'Amérique du Nord, sans l'être cependant autant qu'à Paris. Elle se présente partout avec les mêmes phénomènes symptomatiques; partout aussi elle est caractérisée par les mêmes lésions anatomiques, et reconnaît la plupart des causes prédisposantes dont nous avons constaté les effets à Paris. La fièvre typhoïde est-elle inconnue dans certains pays? La chose est possible; le docteur Guilbert dit, par exemple, que cette maladie ne se rencontre jamais sur tout le plateau des Cordillères (1).

Les saisons sont sans influence manifeste; les épidémies de fièvre typhoïde règnent, en effet, indistinctement à toutes les époques de l'année.

Dans ces derniers temps, M. Boudin a avancé que les localités marécageuses se faisaient remarquer par la *rareté relative* de la fièvre typhoïde; mais cette opinion ne doit être regardée, jusqu'à présent du moins, que comme une simple assertion; car les documents réunis par l'auteur dans le XXXIII^e volume des *Annales d'hygiène* ne me semblent pas avoir une valeur suffisante.

7° *Causes occasionnelles*. — On a pendant longtemps accusé le froid, les privations, la misère, toutes les causes débilitantes, comme ayant la plus grande part dans la production de la maladie. Cependant les recherches de Chomel, celles de M. Louis, ont prouvé que toutes ces causes avaient été admises assez gratuitement. S'il est vrai que parfois la maladie succède immédiatement à quelque cause occasionnelle, dans la grande majorité des cas pourtant elle survient d'une manière tout à fait spontanée, c'est-à-dire que la cause qui la provoque nous échappe entièrement.

8° *Contagion*. — La généralité des médecins, surtout à Paris, pensent que la fièvre typhoïde n'est pas contagieuse. Ils fondent leur opinion : 1° sur le grand nombre de personnes qui s'exposent impunément à la contagion; 2° sur ce que dans nos hôpitaux on ne voit pas l'affection se transmettre aux autres malades, quoique beaucoup d'entr'eux couchent dans des lits voisins de ceux qu'occupent des individus atteints de la fièvre typhoïde; mais ces objections ne sont que spécieuses. Si, en effet, beaucoup de personnes peuvent soigner impunément des fièvres typhoïdes, cela prouve que la contagion de cette maladie n'atteint pas nécessairement tous ceux qui s'y exposent. Si dans les hôpitaux on ne voit pas la maladie se propager de lit en lit, cela n'a rien de si extraordinaire, puisque nous voyons qu'il en est à peu près de même pour plusieurs maladies manifestement contagieuses, comme la rougeole, par exemple, qui se propage rarement dans nos hôpitaux d'adultes, et cela très-probablement parce que la plupart ont eu déjà la maladie dans le jeune âge; c'est ce qui a lieu peut-être aussi pour la fièvre typhoïde, que nous savons être très-commune chez les enfants. Thirial a remarqué en outre, et cela avec beaucoup de raison, que la fièvre typhoïde n'affectant guère que des individus bien portants, ne survenant jamais comme maladie intercurrente, devait par cela même frapper très-rarement un convalescent. Mais que prouvent des faits né-

(1) Thèse de Paris, année 1862, n° 162.

gatifs, lorsque la science possède déjà un si grand nombre d'observations qui démontrent la réalité de la contagion?

Bretonneau, le premier en France, a rapporté beaucoup de faits recueillis dans des villages ou dans de petites villes (*Archives*, 1829), qui prouvent sans réplique la transmission de la maladie par contagion. Les résultats obtenus pendant l'épidémie qui sévit à l'école de la Flèche, en 1826, méritent surtout d'être connus et médités. La fièvre typhoïde régnait à la Flèche et dans le collège; quatre pensionnaires ayant succombé et les *caractères anatomiques de la maladie ayant été constatés avec soin*, l'école fut évacuée. Parmi les élèves qui furent renvoyés chez leurs parents, il y en eut vingt-neuf qui furent gravement affectés de la même maladie, et huit la communiquèrent à plusieurs des personnes qui les soignèrent. On cite surtout un de ces élèves qui, à Versailles, transmit la maladie à sa sœur, celle-ci à sa femme de chambre, cette dernière à une amie qui vint la visiter. Cependant il fut bien constaté que la fièvre typhoïde ne régnait pas à Versailles avant l'arrivée des pensionnaires de la Flèche. Un grand nombre d'autres exemples de transmission de fièvre typhoïde par contagion ont été vus par MM. Leuret à Nancy, Mistler et Ruef dans le département du Bas-Rhin, par MM. Putégnat à Lunéville, par le professeur Forget à Strasbourg, par M. Patry à Liguéil, par MM. Lombard et Fauconnet à Genève, par M. Féron à Bayeux, par M. Castella à Neufchâtel, etc. Mais les observations les plus concluantes en faveur de la contagion ont été faites par le docteur Gendron, de Château-du-Loir. Ce médecin a prouvé, dans son beau travail sur les *Épidémies des petites localités*, inséré dans les deux premières années du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, que la fièvre typhoïde pouvait être transmise *directement* par le contact immédiat des malades, ou bien par le séjour dans les mêmes lieux, *indirectement* ou à la suite des rapports médiats avec les individus qui approchent les malades, ou pour avoir touché aux effets qui ont servi à ces derniers. Le même auteur a prouvé que ces quatre modes de contagion étaient, quant à leur fréquence, dans une proportion successivement décroissante; que la contagion agissait en raison de la fréquence des communications et du nombre des malades, indépendamment de l'insalubrité des lieux et de la misère des habitants; que la maladie, rarement transmissible dans les quinze premiers jours, le devenait surtout dans le troisième et le quatrième septénaire, jusque dans la convalescence; qu'il y avait une période d'incubation qui pouvait n'être que de vingt-quatre heures, tandis que d'autres fois elle se prolongeait pendant quinze jours; que dans la plupart des cas cependant elle ne dépassait pas huit jours. Enfin Gendron a démontré, d'une manière incontestable, l'immunité qu'acquerraient les individus qui avaient été atteints une première fois de la maladie.

Plus récemment, un autre médecin des départements, le docteur Piedvache, de Dinan, a soutenu également la doctrine de la contagion dans un excellent travail couronné par l'Académie de médecine (1). Il croit que la maladie se transmet par l'infection des lieux, par le séjour prolongé dans la chambre où repose le malade; il suppose qu'une maison contenant plusieurs sujets atteints peut bien devenir un foyer de contagion pour les habitations voisines; mais, contrairement à Gendron, il ne pense pas qu'une personne ayant été en contact avec un malade puisse aller en infecter un autre.

Quoi qu'il en soit, les faits exposés par les docteurs Gendron et Piedvache sont importants; ils ont été observés par des hommes instruits et habiles; ils

(1) *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, t. XV, année 1850.