

traitement de la fièvre typhoïde. Ceux de vous qui ont suivi les excellentes cliniques de mon honorable et très-savant collègue M. le professeur Bouillaud, le plus ardent défenseur de cette médication antiphlogistique, savent que le sang tiré de la veine ou obtenu par des ventouses scarifiées présente une diffluence essentiellement différente de celle que présente le sang des individus atteints d'une de ces maladies dites franchement inflammatoires, comme la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu. Ce caractère particulier du sang porté au plus haut degré dans la fièvre putride hémorrhagique dont je vous ai rappelé tout à l'heure un fait, cet état de dissolution du sang, vous le retrouverez encore dans certaines pyrexies, entre autres dans la fièvre jaune, cette singulière maladie dont les hémorrhagies intestinales et stomacales sont des phénomènes pathognomoniques, si bien que dans quelques contrées de l'Amérique du centre, dans les Antilles où elle est endémique, on la connaît sous le nom vulgaire de *vomito negro* (vomissement noir). Dans la scarlatine, dans la diphthérie, dans la rougeole, dans la variole, cette diffluence du sang est le fait ordinaire, et c'est à elle qu'il faut attribuer les hémorrhagies intestinales, rénales, nasales, qui surviennent dans les cas analogues à ceux dont je vous ai parlé en traitant de ces maladies. Ici, pas plus que dans la fièvre jaune, il n'existe d'ulcérations intestinales sur le compte desquelles on puisse mettre les accidents. On comprend toutefois que ces lésions intestinales dans la dothiéntérie puissent favoriser la tendance à l'exhalation sanguine, de même que dans une variole, dans une rougeole, dans une scarlatine hémorrhagiques, dans la diphthérie, une excoriation de la membrane muqueuse nasale favorisera la production d'une épistaxis, de même qu'une surface dénudée par les vésicatoires deviendra plus facilement aussi le siège d'une hémorrhagie cutanée.

Les ulcérations de l'intestin sont si peu la condition essentielle de la production des hémorrhagies, que vous voyez souvent celles-ci survenir à une époque encore éloignée du moment où ces ulcérations se font.

Il y a quatre ans, j'étais mandé en consultation par M. le docteur Olliffe auprès d'une jeune Anglaise prise de ces accidents. Chez cette malade, l'hémorrhagie intestinale avait lieu au neuvième jour de la fièvre putride, et à cette période de la maladie, on ne peut admettre l'existence des ulcérations, qui ne se forment guère, je vous l'ai dit, que du quatorzième au seizième jour. L'hémorrhagie dura deux jours; elle fut si considérable, qu'elle occasionna une anémie profonde. Cependant, au quatorzième jour de la maladie, une amélioration sensible se manifesta dans l'état général, et sept jours après, la fièvre typhoïde était tout à fait guérie; il ne restait plus que l'anémie consécutive aux pertes excessives de sang.

Nous nous sommes demandé s'il n'y aurait pas lieu d'invoquer, en quelques circonstances, l'influence d'une *constitution médicale* régnante sur la production de ces hémorrhagies. Il y a quelques années, en même temps que nous observions ces accidents dans un certain nombre de nos fièvres typhoïdes,

nous voyions aussi des hémorrhagies passives survenir chez d'autres malades; nous observions des cas de *purpura hæmorrhagica*, de variole noire, et de nombreux exemples de ces éruptions pétéchiiales scarlatiniformes que je vous ai signalées dans les varioloïdes au début.

Pour lutter contre les hémorrhagies intestinales, vous m'avez vu donner aux malades des préparations de ratania et d'acide sulfurique. Je prescris en effet habituellement la potion suivante, qui doit être administrée par cuillerées dans le courant de la journée: eau de Rabel, 4 grammes; sirop de ratania, 40 grammes; eau, 100 grammes. Pour prévenir le retour des accidents lorsqu'ils se sont produits, c'est au quinquina que je m'adresse; je fais prendre chaque jour 4 grammes de poudre de quinquina jaune dans une demi-tasse d'infusion de café noir. Pour arrêter le flux hémorrhagique au moment où il se produit, ce médicament n'a sans doute pas un effet assez immédiat; mais, comme moyen de remédier à la disposition organique en vertu de laquelle ces hémorrhagies ne tarderaient pas à se renouveler, le quinquina en poudre possède une puissance incontestable. L'essence de térébenthine a encore été préconisée par Graves dans le traitement de ces hémorrhagies.

§ 3. — Dégénérescence granuleuse et cireuse des muscles striés, dans la fièvre typhoïde. — Nature de cette dégénérescence et accidents consécutifs. — Marche spéciale de la température dans la fièvre typhoïde. — Elle est caractéristique. — Parallélisme entre cette marche de la chaleur et l'évolution des lésions intestinales.

Un anatomiste de mérite, le professeur Zenker, alors qu'il était prosecteur de mon ami M. le docteur Walther (de Dresde) a découvert l'existence d'altérations anatomiques intéressantes dans le cours de la fièvre typhoïde, c'est la *dégénérescence granuleuse et cireuse* des muscles striés (1). Déjà Rokitansky avait étudié à fond la variété graisseuse de la dégénérescence granuleuse; plus tard Virchow avait très-exactement décrit la dégénérescence cireuse, en la rattachant à une myosite, et il expliquait par cette altération secondaire les ruptures musculaires observées pour la plupart dans des cas de fièvre typhoïde; mais M. Zenker a étudié avec le plus grand soin et sur un nombre considérable de sujets les diverses phases de cette altération des muscles dans la fièvre typhoïde. Il ne faudrait pas croire d'ailleurs que cette dégénérescence fût exclusivement propre à la fièvre typhoïde; on l'a observée dans divers autres états morbides. Quoi qu'il en soit, voici ce qu'on observe dans la dothiéntérie.

Divers groupes de muscles striés sont le siège, dans la fièvre typhoïde, d'une dégénérescence qui est variable quant à son intensité et à son extension, mais

(1) Zenker, *Sur les altérations des muscles volontaires dans la fièvre typhoïde* (*Archives générales de médecine*, 1866). — C'est à ce travail que j'ai emprunté la plupart des détails qui vont suivre.

qui n'est guère moins constante que les lésions caractéristiques de la membrane muqueuse de l'intestin. Cette dégénérescence est granuleuse ou cireuse.

La dégénérescence *granuleuse* est caractérisée, à l'examen microscopique, par le dépôt de molécules extrêmement fines dans la substance contractile des faisceaux musculaires. Il en résulte pour cette substance contractile une fragilité extrême, et, dans les faisceaux envahis, des solutions de continuité possibles pendant la vie, alors que s'opère la contraction du muscle.

Dans la dégénérescence *cireuse*, la substance contractile des faisceaux primitifs est transformée en une masse complètement homogène, incolore, présentant un reflet très-prononcé analogue à celui de la cire. Les stries transversales et les noyaux ont alors complètement disparu, tandis que le sarcolemme reste intact comme dans la dégénérescence granuleuse. Cette matière, d'aspect cireux, est une substance protéique provenant probablement d'une transformation de la fibrine musculaire ou syntonine. Les faisceaux altérés ont toujours augmenté de volume et parfois ont acquis un diamètre double de celui de l'état naturel. Comme dans le cas de dégénérescence granuleuse, ils sont devenus extrêmement fragiles, et sont le siège de fissures transversales multiples.

Indépendamment de ces ruptures du muscle, il peut résulter de la dégénérescence granuleuse ou cireuse, des ruptures vasculaires; d'où la production (dans l'épaisseur du muscle altéré, et suivant le diamètre des vaisseaux rompus) ou de petites ecchymoses, ou d'infiltrations sanguines plus ou moins étendues, ou de véritables foyers hémorragiques. Ces hémorragies se font surtout dans la deuxième ou la troisième semaine de la maladie.

Un accident consécutif, beaucoup plus rare, de la dégénérescence musculaire, est la suppuration. Seulement il semblerait qu'ici la dégénérescence du tissu contractile ne jouât qu'un rôle occasionnel, et que la suppuration fût la conséquence de l'irritation dont est le siège le périmysium (ou enveloppe des faisceaux primitifs). Ainsi c'est le périmysium qui suppurerait. Dans les cas ordinaires, il n'y a que prolifération celluleuse du périmysium, et cette hyperplasie aboutit à un travail de régénération du muscle; mais qu'une irritation locale plus énergique se produise et dépasse les limites de l'hyperplasie normale, alors il se formera une quantité de cellules trop considérable pour qu'elles puissent passer par les phases ultérieures qui devaient les transformer en substance contractile; ces cellules trop nombreuses seront vouées à la destruction et se transformeront en pus. Ainsi s'expliqueraient, histologiquement, l'inflammation du tissu musculaire et finalement sa suppuration.

L'association dans un même muscle des deux modes de dégénérescence granuleuse et cireuse ne prouve pas, suivant M. Zenker, que la dégénérescence cireuse, qui est la plus grave, soit la conséquence ultime de la dégénérescence granuleuse: les deux formes sont en effet distinctes l'une de l'autre dès leur début.

Voici maintenant quels sont, à l'œil nu, les caractères des muscles ainsi

altérés: ces muscles paraissent complètement intacts dans tous les cas où la dégénérescence est peu avancée (ce qui fait comprendre comment elle a dû passer inaperçue avant l'emploi du microscope). Quand la lésion est plus considérable, il y a un changement de coloration très-apparent, et, à mesure que la dégénérescence augmente, la décoloration s'accroît davantage: ainsi les muscles présentent d'abord une nuance d'un gris rosé de plus en plus pâle et paraissent finalement d'un gris jaunâtre, avec une très-légère teinte rougeâtre ou brunâtre, qui peut même faire complètement défaut. Cette décoloration a lieu par taches très-fines ou par trainées, correspondantes aux points où siège la dégénérescence. A l'incision, les muscles ainsi altérés ont un aspect comparable à celui de la chair de poisson.

Dans les premières phases de la maladie (deuxième et troisième septénaire), les muscles malades sont en général très-tendus, la surface en est lisse, la substance sèche, friable et facilement déchirée. Ils sont de plus augmentés de volume, ce qui tient à l'épaississement qu'ont subi les faisceaux primitifs dégénérés. Enfin dans les phases plus avancées de la maladie, les muscles sont relâchés, les surfaces de section présentent souvent un aspect humide, quelquefois même il y a une infiltration séreuse plus ou moins prononcée, non-seulement du muscle, mais encore du tissu cellulaire lâche qui l'environne, sans qu'il existe d'ailleurs d'infiltration analogue dans d'autres parties du corps. Ce qui prouve bien que l'œdème est ici la conséquence du travail morbide qui s'est accompli dans le muscle. Mon ami M. Walther a fréquemment constaté sur le vivant, et au niveau des muscles droits de l'abdomen, un léger œdème, correspondant à la lésion que je vous signale, et reconnaissable à la dépression que laissait le doigt fortement appuyé sur la peau. J'avoue ne pas avoir facilement retrouvé ce phénomène.

Les muscles envahis de préférence sont, d'après M. Zenker, en première ligne les adducteurs des cuisses et quelques muscles voisins, en seconde ligne les grands droits de l'abdomen et les pyramidaux. C'est dans les grands droits surtout qu'on a observé les hémorragies consécutives, et c'est même la lésion macroscopique de ces muscles qui a conduit à la découverte de la dégénérescence dont le microscope a révélé la nature. Après ces muscles viennent les pectoraux, le transverse de l'abdomen, l'oblique interne, le sous-scapulaire, le triceps brachial, les jumeaux, le carré fémoral, le vaste interne. Seulement n'attachez pas à cet ordre de fréquence plus d'importance qu'il n'en mérite, attendu qu'il s'en faut bien que tous les muscles du corps aient été toujours examinés dans les autopsies.

Suivant M. Zenker, la dégénérescence musculaire serait constante dans la fièvre typhoïde; il l'a constatée en effet dans toutes les autopsies où il l'a recherchée. La dégénérescence cireuse est beaucoup plus fréquente que l'altération granuleuse: ainsi cet anatomiste a rencontré soixante et dix fois la première contre neuf fois la seconde.

La dégénérescence est généralement à son apogée vers la fin de la deuxième

semaine; ce qui permet de présumer qu'elle débute avec la maladie même. L'altération persiste avec une égale intensité pendant la troisième et la quatrième semaine. C'est vers cette époque que paraît s'opérer la résorption des détritiques de la substance contractile dégénérée; d'où le ramollissement des muscles, souvent accompagné d'infiltration séreuse, et, cliniquement, la possibilité de constater un léger œdème, ainsi que je vous ai dit que M. Walther l'avait observé.

Tous ces détails d'anatomie pathologique sont trop intéressants pour que je ne les porte pas à votre connaissance. La constance de l'altération des muscles dans la fièvre typhoïde prouve que cette altération fait partie intégrante de la dothiémentérie, et la généralisation de cette lésion démontre qu'elle n'est pas le résultat accidentel d'un travail morbide tout local, mais l'expression d'un trouble général de l'économie: le système musculaire est alors frappé comme le sont les autres systèmes.

Cependant, messieurs, là encore, je le crains bien, on a pris un effet consécutif pour une cause primitive. Évidemment la faiblesse et le désordre des fonctions locomotrices qui font tituber le malade au début même de sa fièvre typhoïde, ne sont pas dus à une altération musculaire qui n'existe pas encore, car elle n'a pas eu le temps de se produire ou ne fait en tout cas que débiter. Ce qui détermine ces troubles fonctionnels, c'est l'état maladif du système cérébro-spinal. C'est parce que l'innervation se fait mal chez les dothiémentériques qu'on observe les troubles de toutes les fonctions en général et ceux du système musculaire en particulier. Ce n'est que plus tard que se produisent les dégénérescences granuleuse et cirreuse des muscles, par suite même des altérations de nutrition qu'entraînent les troubles de la circulation. Ce sont ces troubles de la circulation qui produisent des hyperémies partout, et partout, consécutivement, ou des phlegmasies bâtarde, depuis longtemps signalées, ou ces dégénérescences dont je viens de vous entretenir. C'est donc tout au plus dans une période avancée, et surtout dans la convalescence de la dothiémentérie, que la dégénérescence granuleuse ou cirreuse des muscles explique matériellement la faiblesse ressentie. D'ailleurs, et je ne peux m'empêcher de vous le faire remarquer, la dégénérescence en question frappe surtout au plus haut point les muscles droits de l'abdomen et les adducteurs des cuisses, or je ne sache pas que ce soient ces muscles qui jouent le principal rôle dans l'acte locomoteur. Il faut donc enregistrer comme intéressantes ces recherches anatomiques, mais chercher ailleurs la cause de cette faiblesse longtemps persistante, et cette cause c'est l'épuisement: épuisement par l'infection, qui a produit la fièvre; épuisement par les désordres nerveux de toute espèce, l'insomnie, le délire, les convulsions; épuisement par la diarrhée, par la supuration au niveau des eschares, par la gêne de l'hématose; épuisement enfin par l'inanition. N'y a-t-il pas là plus de causes qu'il n'en faut pour expliquer la faiblesse consécutive, sans aller en chercher l'explication dans je ne sais quelle altération partielle des muscles? Et ne trouvez-vous pas comme moi que

c'est agir avec une certaine légèreté que de donner cette explication ou que de l'accepter?

Je veux maintenant, messieurs, vous signaler les précieux renseignements cliniques que fournit le thermomètre dans la dothiémentérie.

Au début de cette fièvre, dont les symptômes se développent lentement, on voit la température s'élever lentement aussi. C'est ce qui a lieu dans les trois à cinq premiers jours, où chaque soir la température est de 8 dixièmes de degré à 1 degré plus élevée que le soir précédent, tandis que, chaque matin, il y a une petite rémission d'environ 5 dixièmes de degré sur le chiffre de la veille au soir. Ainsi toutes les vingt-quatre heures on constate une élévation de température, de matin en matin comme de soir en soir, bien qu'il y ait toutes les douze heures, du soir au matin, une légère rémission. C'est de la sorte que, pour un de nos malades, la chaleur qui, au premier jour, était de 37 degrés le matin, a suivi, pour les quatre premiers jours, la marche que je vais essayer de vous représenter dans le tableau suivant:

Jour de la maladie.	Matin.	Soir.	Exacerbation du matin au soir.	Rémission du soir au matin.	Élévation de matin en matin.	Élévation de soir en soir.
1 <sup>er</sup>	37°	38° <sub>2</sub>	1° <sub>2</sub>	0° <sub>4</sub>	0° <sub>8</sub>	1°
2 <sup>e</sup>	37° <sub>8</sub>	39° <sub>2</sub>	1° <sub>4</sub>	0° <sub>8</sub>	0° <sub>6</sub>	0° <sub>6</sub>
3 <sup>e</sup>	38° <sub>4</sub>	39° <sub>8</sub>	1° <sub>4</sub>	0° <sub>4</sub>	1°	0° <sub>6</sub>
4 <sup>e</sup>	39° <sub>4</sub>	40° <sub>4</sub>	1°			
Somme des élévations du matin au soir.			5° <sub>0</sub> — 1° <sub>6</sub>		Somme des rémissions du soir au matin.	
Élévation définitive de la température au soir du 4 <sup>e</sup> jour.			= 3° <sub>4</sub>			

Ce tableau, dressé par mon chef de clinique, M. Peter, vous fait voir d'un seul coup d'œil la marche ascendante de la température qui, malgré les rémissions quotidiennes du soir au matin, n'en augmentait pas moins toutes les vingt-quatre heures, de matin en matin comme de soir en soir. D'un autre côté, vous voyez aussi dans ce tableau que, si la température était restée tous les matins ce qu'elle était tous les soirs, on aurait eu, au quatrième jour, une élévation définitive de 5 degrés, mais, comme elle baissait tous les matins, l'élévation réelle au soir du quatrième jour par rapport au matin du premier n'a été que de 3°<sub>4</sub>.

Ce tableau vous montre encore que c'est au soir du troisième et du quatrième jour que la température a oscillé aux environs de 40 degrés (39°,8 à 40°,4). Or, c'est ce qui a lieu habituellement, et ces chiffres restent pendant longtemps ceux de l'exacerbation du soir (laquelle est en moyenne de 39°,5). De ces faits, constatés pour la première fois par Thierfelder, Wunderlich a tiré les conclusions suivantes :

*Toute maladie qui offre dès le premier ou le second jour une température de 40 degrés, n'est pas une fièvre typhoïde ;*

Et, réciproquement :

*Toute maladie où la température n'atteint pas encore au soir du quatrième jour le chiffre de 39°,5 n'est pas non plus une fièvre typhoïde.*

Ai-je besoin d'insister, messieurs, sur l'importance clinique de ces données ? Dès le premier jour vous pouvez avec leur aide distinguer de la dothiésentérie la fièvre éphémère ou une fièvre éruptive, — telle que la scarlatine, par exemple, — et au cinquième jour d'une maladie douteuse encore, vous pouvez au moins affirmer qu'elle n'est pas une fièvre typhoïde. En voici la preuve tirée d'un excellent opuscule du docteur Ladame (de Neuchâtel) (1), auquel nous avons fait de nombreux emprunts :

« Au commencement de janvier 1864, dit ce jeune médecin, je fus appelé à remplacer celui des internes du professeur Griesinger qui était chargé du soin des fièvres typhoïdes, dans le bâtiment spécialement destiné aux maladies contagieuses, à l'hôpital cantonal de Zurich. Les cas de cette maladie étaient à cette époque graves et nombreux, et l'étudiant que je remplaçais venait lui-même d'être atteint de cette affection, qu'il avait évidemment contractée par voie contagieuse. Attaché depuis quelques jours seulement au service des fiévreux, je fus atteint un matin à la clinique de légers frissons avec grande prostration des forces, anorexie et violents maux de tête. Je me mis au lit avec la certitude parfaite que je commençais une fièvre typhoïde, comme mon prédécesseur. Le soir, je pris ma température, le mercure monta à 40 degrés ! Complètement tranquilisé, malgré la fièvre violente qui me faisait souffrir, j'entrais en effet dès le lendemain en convalescence, sans avoir subi d'autre traitement que la diète, des boissons rafraîchissantes et un quart de grain (un centigramme et demi) d'acétate de morphine. »

Je viens de vous dire, à propos de notre malade, que la température s'était graduellement élevée dans les quatre premiers jours de la première semaine. Dans les trois derniers jours de cette même semaine, elle fut à 40°,6 le soir et baissa de 6 à 8 dixièmes le matin. C'est ordinairement ce qui a lieu dans la seconde moitié de la première semaine, la température du soir se maintient au moins à 39°,5, habituellement à 40 degrés et au-dessus, la température du matin restant toujours plus basse d'un demi-degré, d'après les recherches de Wunderlich.

(1) Paul Ladame, *Le thermomètre au lit du malade*. Neuchâtel, 1866.

Cela vous démontre encore que si, appelé auprès d'un malade alité depuis plusieurs jours et présentant quelques symptômes qui vous font redouter la dothiésentérie, le thermomètre ne vous donne pas 39°,5 le soir, ou s'il indique une seule fois le matin la température normale de 37 degrés, vous pourrez affirmer qu'il n'a pas de fièvre typhoïde.

A la fin du stade initial, c'est-à-dire de la première semaine, la température a atteint le chiffre auquel elle se maintiendra pendant tout le cours de la fièvre. Il oscille aux alentours de 39°,5 qu'il dépasse rarement le soir et n'atteint presque jamais le matin, dans les cas légers. Dans certains cas plus graves, la température dépasse 39°,6 le matin comme le soir.

Je vous ai parlé des renseignements diagnostiques fournis par le thermomètre. Voyons maintenant pour les indications pronostiques. Suivant Wunderlich, dit encore le docteur Ladame, c'est dans la seconde semaine que l'on pourra juger le mieux la marche ultérieure de la maladie d'après l'observation thermométrique.

1° Si les températures du soir se maintiennent entre 39°,5 et 40 degrés et que celles du matin soient d'un demi-degré à 1 degré plus basses, et que cela ait lieu régulièrement chaque jour, on peut augurer que l'affection sera bénigne et que le malade entrera en convalescence dès la troisième ou la quatrième semaine, surtout si la température commence à baisser légèrement le onzième, le douzième ou le quatorzième jour.

2° Dès que, dans la seconde semaine, les températures du matin se maintiennent à 39 degrés ou 39°,5 et que les températures du soir atteignent ou même dépassent 40°,5, sans qu'on observe vers le milieu de cette semaine un commencement de diminution de la chaleur, on peut être certain que la convalescence ne commencera pas avant la quatrième semaine au plus tôt.

3° Toutes les irrégularités qui surviennent dans la température pendant la deuxième semaine doivent éveiller l'attention.

4° Alors même que les plus hauts chiffres ne dépasseraient pas 40 degrés, c'est toujours un mauvais signe que la rémission dans la dernière moitié de la seconde semaine n'ait pas lieu, ou qu'il y ait une élévation vers la fin de cette semaine.

5° Le cas est très-grave, quand le matin le thermomètre marque 40 degrés et au-dessus, le soir 41 et au-dessus, ou quand, vers la fin de la seconde semaine, l'élévation de la température est toujours croissante. D'une manière générale, on peut dire que le chiffre de 41 degrés ne se rencontre pas souvent et qu'on ne l'observe guère que dans les cas mortels. Vous voyez quelle est la valeur pronostique de ce chiffre. La température de 41°,5 et de 42 degrés indique fatalement la mort. On peut encore redouter celle-ci, lorsque la température du matin atteint ou dépasse plusieurs jours de suite 40 degrés.

Permettez-moi de rapprocher, au point de vue du pronostic, cette grande élévation de la température de la fréquence extrême du pouls. La dothiésentérie n'est pas une affection où le pouls soit très-fréquent, 100 à 110 pulsations est son rythme normal ; eh bien, quand dans cette fièvre et chez un

adulte, le pouls s'élève à 120 et au-dessus, le pronostic est aussi grave que quand la température atteint 41 degrés et davantage.

6° Dès le commencement de la troisième semaine, on peut distinguer avec la plus grande précision les cas légers des cas graves. Dans les premiers, on observe les *grandes rémissions matinales*, ainsi la température du matin est de 1 degré et demi et même 2 degrés plus basse que celle du soir; dans le cours de ce septénaire, cette température atteint déjà la normale, tandis que celle du soir s'abaisse également vite, mais n'arrive à la normale que vers le milieu de la quatrième semaine. Dans les cas graves, au contraire, la température conserve le même type que dans la seconde semaine, et c'est seulement à la fin de la troisième semaine ou au commencement de la quatrième qu'apparaissent les grandes rémissions.

7° Le stade de défervescence n'est jamais rapide comme nous verrons qu'il l'est dans le typhus exanthématique (1). Il a lieu de différentes manières. Le plus souvent, les températures commencent à baisser considérablement le matin, ainsi que je viens de vous le dire, tandis que les exacerbations du soir restent encore les mêmes pendant quelques jours; ainsi, je le répète, on peut avoir, le matin, des températures normales et le soir encore 39 et même 40 degrés. D'autres fois, pendant huit à dix jours, la défervescence a lieu régulièrement et d'une manière parallèle, le matin et le soir.

8° On peut affirmer l'entrée en convalescence à dater du jour où la température est revenue le soir à la normale, c'est-à-dire à 37 degrés.

9° En général, la température s'élève au moment de la mort ou peu d'heures auparavant.

Sur 15 cas mortels, les docteurs Thomas et A. Ladé (2) ont trouvé la température ultime :

5 fois de	40°,25 à 40°,70
2 —	41°,12 à 41°,25
7 —	42° à 42°,75

Ainsi sept fois la température atteignit ou dépassa 42 degrés; ce qui est une température *hyperpyrétique* pour Wunderlich, laquelle est nécessairement mortelle.

Presque toujours alors il y avait prédominance de symptômes nerveux, délire furieux, agitation excessive, puis épuisement, paralysie et mort.

Cependant, en opposition à ces cas, je dois vous dire qu'il en est d'autres où la température est normale ou très-basse. En même temps le pouls est petit et très-fréquent, la peau est couverte d'une sueur froide, les extrémités sont livides, en un mot, le malade meurt dans le *collapsus*, quelquefois après une hémorrhagie.

(1) Voyez, dans ce volume, la leçon sur le *Typhus*.

(2) A. Ladé, *Recherches sur la température dans les maladies*. Genève, 1866.

Enfin, chez certains sujets, la mort a lieu sans que la température soit très-élevée ni très-basse : les individus meurent alors épuisés, après une diarrhée abondante et opiniâtre, avec du météorisme et au milieu de symptômes nerveux peu accusés (1).

Que si, maintenant, nous essayons de rapprocher la *marche de la température* de la *marche des lésions intestinales*, nous voyons qu'elles sont presque rigoureusement parallèles. Ainsi, vous vous rappelez que je vous ai dit (2) que l'altération des glandes de Peyer et des follicules isolés commençait du quatrième au cinquième jour, et je viens de vous dire que c'est à partir de ce moment que la température s'élève définitivement aux environs de 39°,5 et 40 degrés. Vous voyez qu'il y a parallélisme dans les deux phénomènes. Je vous ai dit encore que vers le dixième jour, dans les cas légers, la lésion des plaques pouvait marcher vers la résolution; or c'est précisément à ce moment (milieu du second septénaire) que nous venons de voir la température présenter les grandes rémissions matinales. Le parallélisme continue. A la fin du troisième septénaire la résolution de l'affection des plaques peut être complète, et c'est alors que la température du soir revient à la normale. Je vous ai dit encore que, dans des cas plus graves, la résolution avait lieu pour certaines plaques, tandis que d'autres augmentaient de volume et devenaient de plus en plus malades; de sorte que la lésion persistait jusqu'à la troisième et même la quatrième semaine, et nous venons de voir que, dans les cas graves, la défervescence ne se produisait que vers cette même époque; ce qui est encore du parallélisme.

En résumé, dans une première période ou période de formation et de développement des lésions (du début de la maladie à la seconde moitié de la seconde semaine), la fièvre est *continue* ou *légèrement rémittente*, c'est-à-dire que les températures sont fébriles le matin et le soir.

Dans une seconde période, période de résolution, de métamorphose régressive (troisième septénaire et au delà), la fièvre est *intermittente*, c'est-à-dire que la température est fébrile le soir et normale le matin.

Dans la convalescence, il n'y a pas de fièvre, et les températures sont normales ou basses le matin et le soir.

Enfin, pour vous donner une idée générale de la marche de la température dans la fièvre typhoïde, je vous dirai qu'il y a une *élévation lente* et graduelle de la courbe au début; puis un état stationnaire de la température, avec légère rémission tous les matins; puis enfin une *défervescence lente* et régulière.

J'ajoute, pour terminer, que quand la défervescence n'a pas lieu en son temps ou que la température s'élève au moment où cette défervescence semblait commencer, c'est là l'indice d'une *complication* qu'il vous faut rechercher avec soin, si elle n'est pas encore évidente par les symptômes. Là encore,

(1) A. Ladé, *op. cit.*

(2) Voy. page 229 de ce volume.