

lium. Dans des cas plus rares, l'organe montre à sa surface la présence d'infarctus ou d'abcès. La suppuration se présente sous la forme de petits foyers miliaires ou de collections plus volumineuses et diffuses qui peuvent s'ouvrir dans le voisinage et créer le phlegmon périnéphrétique.

Les lésions histologiques observées dans la fièvre typhoïde ont été soigneusement décrites par Cornil et Brault; elles portent sur l'organe tout entier et affectent, suivant la forme, une prédominance sur le glomérule ou sur les épithéliums des tubes contournés. Dans ces deux variétés anatomiques, la congestion de l'organe, surtout pendant les premières périodes des lésions, ne fait jamais défaut. Une forme légère se caractérise par l'existence d'un état simplement congestif, sans lésion profonde d'un élément en particulier; une autre forme plus sérieuse se traduit par des phénomènes de glomérulite, avec diapédèse de leucocytes dans la capsule de Bowman et extravasation sanguine. Les glomérules apparaissent alors à l'œil nu comme des saillies rougeâtres donnant à la coupe un aspect granuleux. La lésion, bien prédominante au niveau des glomérules, n'y reste pas limitée; elle s'accompagne d'infiltration œdémateuse des espaces péritubulaires et de lésions de l'épithélium des tubes contournés, lésions qui ne se propagent que faiblement aux canaux excréteurs. Parfois enfin la néphrite typhoïdique se distingue par le caractère dégénératif intense de l'épithélium, qui se remplit de gouttelettes graisseuses ou qui subit une modification profonde appelée nécrose de coagulation. Cette nécrose a été signalée par la plupart des histologistes. J'ai remarqué sur plusieurs reins qu'elle pouvait être distribuée non pas d'une manière uniforme, mais limitée à certains systèmes de tubes contournés, tandis que des canaux adjacents paraissent avoir conservé, eu égard aux réactifs colorants, toute leur vitalité. A ces lésions de nécrose, des tubes sécréteurs s'ajoutent toujours de l'œdème plus ou moins marqué de la substance péritubulaire et surtout de la congestion des capillaires et des petits vaisseaux. On trouve assez souvent, dans les voies d'excrétion, du sang venu des étages supérieurs.

La néphrite dothiéntérique montre parfois une lésion assez spéciale, que Wagner a décrite sous le nom de nodules lymphomateux et qui consiste dans la présence de petits foyers infiltrés de leucocytes, lesquels rappellent d'assez près les lymphomes signalés dans le foie de patients qui ont succombé à la fièvre typhoïde.

Les abcès miliaires ont été décrits par Rayet, Tapret et Roger, Gallois, Straus. Sur une coupe de l'organe, on constate qu'ils s'arrêtent à la surface ou qu'ils s'enfoncent dans les substances corticale et médullaire en forme de coin. Lorsque plusieurs abcès miliaires, en s'élargissant, se rencontrent latéralement, ils forment par leur confluence un abcès plus volumineux qui peut s'ouvrir dans le bassin, le péritoine, l'intestin ou à l'extérieur.

Le rein atteint de suppuration diffuse laisse encore écouler à la coupe une assez grande quantité de sang. Après avoir lavé, on constate qu'il y a dans la capsule de Bowman, dans les tubes urinifères, dans le tissu conjonctif des ecchymoses rouges ou violacées dues à des extravasations sanguines. Quand l'infiltration purulente est plus complète, l'aspect extérieur du rein est jaunâtre; la coupe et l'expression de l'organe font sourdre du pus en nappe.

Les formes de néphrite chronique qui ont eu leur point de départ dans l'infection typhique ne présentent anatomiquement rien qui les distingue des lésions

inflammatoires et dégénératives chroniques du rein. Seule l'étiologie permet de les rattacher à la fièvre typhoïde.

La nature des germes qui provoquent les lésions rénales dans la fièvre typhoïde est variable. Au début de la maladie, les altérations doivent être rattachées principalement à l'action des toxines solubles fabriquées par le bacille d'Eberth; il se fait même souvent des cultures de ce microbe dans le parenchyme rénal; on le retrouve dans l'urine, surtout lorsque celle-ci est chargée d'une forte proportion d'albumine. Dans les périodes avancées de la dothiéntérie, les lésions sont provoquées par des microbes d'infection secondaire, staphylocoque, streptocoque et coli-bacille. Ces foyers d'infection secondaire peuvent rester localisés, mais le plus souvent ils aboutissent à la création d'une infection généralisée.

Les lésions que l'on constate dans le bassin sont hémorragiques ou suppuratives. La pyélite suppurée se traduit par l'existence d'une douleur quelquefois spontanée, le plus souvent provoquée par la pression, dans la région rénale; elle s'accompagne de purulence de l'urine et d'une fièvre plus ou moins vive. Les hémorragies qui ont leur source dans le bassin sont difficiles à distinguer de celles qui prennent naissance dans la vessie, parce que comme ces dernières elles sont intermittentes. Cependant les lésions vésicales ulcéreuses et même phlegmoneuses qui apparaissent assez rarement dans le cours de la maladie ne sont pas dues au poison typhique primitif; elles se traduisent surtout par de la dysurie et des douleurs vésicales indépendamment des signes d'infection générale et de fièvre vive qui accompagnent les phénomènes douloureux.

PEAU. TISSU CONJONCTIF. — Beaucoup de manifestations de la fièvre typhoïde ne laissent pas de traces sur le cadavre, par exemple les taches rosées. Parfois, dans les formes hémorragiques, on voit apparaître de véritables ecchymoses qui ordinairement se limitent au derme, sans intéresser le tissu conjonctif sous-jacent. Elles peuvent être nombreuses, se montrer sur le tronc, la face, les extrémités; leurs dimensions varient de un millimètre à un centimètre de diamètre; la coloration est au centre d'un rouge bleu et à la périphérie d'un brun clair ou d'un rouge jaunâtre.

On trouve souvent sur le ventre et les membres inférieurs, plus rarement sur la poitrine et le cou, exceptionnellement sur les extrémités de petites vésicules de miliaire remplies de sérosité citrine.

Les furoncles, les abcès sous-cutanés ou profonds ne sont point rares. Ces abcès surviennent pendant la convalescence ou plusieurs mois plus tard quand ils sont d'origine osseuse. Ils sont dus à des microbes de la suppuration ou bien aux bacilles typhiques. Il est probable que les suppurations tardives du tissu cellulaire ont leur point de départ dans le périoste. Nous avons étudié, M. Vidal et moi, le pus d'abcès très volumineux survenu quinze mois après la fièvre typhoïde. Ce pus jaunâtre, visqueux, très épais, renfermait à l'état de pureté des bacilles typhiques. On ne peut méconnaître qu'en pareil cas la fièvre typhoïde s'était terminée par une véritable infection chronique localisée.

Les furoncles dans la période d'état et surtout à la fin de la maladie, à la veille de la convalescence se montrent fréquemment. Ils siègent de préférence dans les régions où l'épiderme a été altéré par l'humidité de la peau, par les pressions répétées et encore dans les points où la pénétration de germes venus de l'extérieur (garde-robes, etc.) a pu facilement s'effectuer. Aussi voit-on les furoncles

se développer de préférence dans la région sacrée. Ils peuvent cependant apparaître en diverses zones de la peau; les bains prolongés ou longtemps répétés dans de l'eau impure en sont une cause fréquente.

Les abcès isolés ont en général la même origine et tiennent à une inoculation locale. Développés d'abord dans le tissu cellulaire sous-cutané, ils peuvent gagner la profondeur, envahir les masses du tissu cellulaire ou musculaire sous-aponévrotique et provoquer des délabrements profonds accompagnés d'hémorragies. En regard de ces suppurations localisées, dont la gravité ne dépend souvent que du retard de l'intervention chirurgicale, il faut placer les suppurations multiples qui se montrent dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les séreuses, les articulations, etc. et qui ne sont que les manifestations d'une infection secondaire pyohémique par les staphylocoques ou les streptocoques.

Les *gangrènes cutanées* ont une origine interne (artérite ou phlébite microbienne, embolie capillaire septique) ou externe (souillure de la peau par des impuretés ou des matières fécales, infection du poumon par des germes venus des voies digestives supérieures ou transportés par le courant d'air inspiratoire). La phlébite typhique a causé la gangrène humide dans plusieurs cas (Homolle, Gigou); il ne coexistait point de lésions artérielles.

Les gangrènes les plus fréquentes se montrent au niveau de la peau où elles constituent les eschares cutanées ou décubitus de la fièvre typhoïde. Ce sont les régions soumises à des pressions continues, sacrum, ischion, coudes, talons, etc., qui sont atteintes. Les nécroses se montrent de préférence chez les patients en proie à une forme adynamique ou ataxique, parce que l'empoisonnement du sujet est plus profond, la peau moins résistante, et la station, sur un point donné, plus prolongée. La fréquence de cette complication est d'autant moindre que les soins de propreté sont observés plus scrupuleusement. Si l'on surveille chaque jour les régions de la peau soumises à des pressions, on voit apparaître le plus souvent, sur la région sacrée, tout d'abord un érythème superficiel assez localisé sur lequel un ou deux points gros comme une lentille présentent une teinte plus foncée, tirant sur le violet. En ces points, l'épiderme se détache bientôt, soulevé ou non par de la sérosité, et laisse à nu le derme, qui présente une coloration rouge sombre et se mortifie. Parfois la surface qui va se gangrener est assez étendue pour simuler la présence d'une ecchymose. Superficielle et bien soignée, l'eschare peut guérir lentement sans envahir la profondeur. Dans le cas contraire, elle s'enfoncé, détruit le derme, le tissu cellulaire sous-cutané, dissèque les muscles, attaque le périoste et amène finalement la nécrose osseuse. Elle peut creuser assez profondément pour pénétrer dans le canal vertébral.

Des eschares même très étendues sont susceptibles de guérison, mais elles n'ouvrent que trop souvent la voie à des germes septiques, à l'érysipèle, etc.

On a observé des gangrènes partielles ou totales frappant la vulve (Liebermester, Hoffmann) et le pénis (Fournier).

D'autres organes sont encore le siège de tuméfactions et de suppuration. En premier lieu, il faut compter le *corps thyroïde*. La suppuration thyroïdienne se montre avec d'autant plus de fréquence chez les typhiques que le corps thyroïde a déjà préalablement subi une atteinte diminuant sa résistance. Assez rare en France, cette complication est fréquente dans les pays à goitre endémique.

L'*orchite typhique* est un accident peu commun qui ne survient que dans les périodes tardives de la fièvre typhoïde. Je l'ai observé deux fois chez des malades qui avaient dépassé la trentaine. Dans le premier cas, l'orchite était double; l'inflammation s'est terminée sans suppuration et sans avoir intéressé ni l'épididyme, ni la tunique vaginale; dans le second cas, l'orchite était unilatérale, droite; la lésion avait atteint l'épididyme et le testicule. L'épanchement dans la tunique vaginale était très minime; la suppuration s'est localisée en un point; la culture du pus a donné du bacille d'Éberth à l'état de pureté. L'évacuation a laissé une perte de substance profonde à parois taillées à pic, longues à se réparer. L'étude de cette forme d'orchite faite par Ollivier<sup>(1)</sup> a montré les principaux caractères cliniques et anatomiques de cette complication: le mode de début par la douleur locale, puis la fièvre, la résolution qui se fait sans atrophie au bout d'une douzaine de jours, quand la suppuration fait défaut, et enfin la longueur de la guérison et l'atrophie testiculaire consécutive quand la suppuration est intervenue.

#### SYMPTÔMES<sup>(2)</sup>

Lorsqu'on lit les descriptions que nous ont laissées Louis, Chomel et les auteurs de la première moitié de ce siècle, on ne peut s'empêcher de reconnaître que le tableau clinique de cette affection a un peu changé depuis cette époque, et que les complications paraissent avoir perdu de leur gravité. Cela tient dans une certaine mesure à une hygiène mieux comprise, à un traitement plus rationnel, et aussi peut-être à des causes dont nous ne saisissons pas tous les éléments.

Je prendrai pour type de ma description une forme moyenne de la fièvre typhoïde, puis j'envisagerai les complications, pour revenir plus tard sur l'étude des diverses formes cliniques. Il s'agira, dans mon exposé, de la maladie envisagée *en dehors des modifications* que lui imprime la thérapeutique.

Il faut remarquer en effet que les descriptions des symptômes de la fièvre typhoïde qu'on trouve dans les livres classiques et qui pour la plupart reproduisent celles qui ont été faites par Louis, par Chomel, par Murchison, ne correspondent pas toujours *étroitement* aux faits qu'on observe aujourd'hui dans la plupart des services hospitaliers. Beaucoup de symptômes se présentent avec un degré d'atténuation, dans leur intensité et dans leur fréquence, qui les rendent presque méconnaissables.

L'étudiant en médecine observe plus rarement qu'autrefois des exemples de météorisme considérable, d'ataxie violente, etc. Il peut penser aussi que le délire des typhiques est moins fréquent que l'avait indiqué Murchison. Ces modifications résultent-elles d'une atténuation du germe épidémique ou des effets d'une thérapeutique mieux comprise? Si l'on ne peut se prononcer sur la première de ces hypothèses, on peut affirmer sans crainte d'erreur que la thérapeutique courante et en particulier l'usage de l'hydrothérapie froide a diminué dans une large mesure la gravité et la fréquence des accidents nerveux de la dothiéntérie.

<sup>(1)</sup> OLLIVIER, *Revue de méd.*, 1885.

<sup>(2)</sup> La lecture de ce chapitre doit être précédée de celle du schéma tracé ci-dessus, page 60.