

cette hébétude, par l'obtusion du regard, la pâleur du visage et la sécheresse de la langue. A ces symptômes s'ajoute d'une manière à peu près constante l'insomnie pendant les premiers jours de la maladie, et ensuite quand l'empoisonnement s'accroît, la somnolence qui est d'autant plus précoce et plus intense que le cas est plus grave. Celle-ci apparaît surtout le jour, tandis que le délire est plus fréquent la nuit. Ce dernier symptôme se montre d'après Murchison dans le tiers des cas. Il débute en général au commencement du second septénaire, mais souvent, chez les personnes dont la sensibilité nerveuse est exquise, il fait son apparition de très bonne heure. J'ai observé un malade qui, dès les premières manifestations de sa maladie, a tenté de se suicider. Murchison, Grisolle, Bucquoy et Hanot, Gueneau de Mussy ont attiré l'attention sur les formes de fièvre typhoïde se traduisant dès le début par une excitation maniaque simulant l'aliénation mentale. Les patients pourraient être considérés comme des vésaniques qu'il faut interner si la présence de la fièvre ne venait éveiller l'idée d'une maladie aiguë et en particulier l'hypothèse de l'existence de la fièvre typhoïde. Une erreur de diagnostic entraîne parfois le transport de tels malades dans un asile d'aliénés.

Quand le délire débute à la fin du premier septénaire ou au commencement du second, il apparaît tout d'abord le soir, ou dans les premières heures de la nuit, au moment où s'établit l'obscurité; il consiste dans un marmottement de paroles incohérentes; il peut ensuite s'aggraver, devenir actif, continu. Le malade tente à chaque moment de s'échapper de son lit, il crie, il devient parfois furieux et se livre à des actes violents. Un des caractères ordinaires du délire typhique est la *mobilité*, mais parfois le trouble mental se localise, revêt l'apparence du délire partiel systématique. On le distingue toutefois par cette particularité clinique que les idées de persécution, de damnation, de ruine, accusées par les malades, ne se montrent pas totalement isolées et qu'elles ne font que se greffer sur un état de délire généralisé. Les conceptions délirantes de cet ordre se présentent le plus souvent chez les femmes et presque toujours sous la forme *lypémanique*. En proie à des idées de persécution, les malades gardent un mutisme obstiné, serrés dans leurs couvertures, jetant un regard haineux ou terrifié dès qu'on s'approche de leur lit, ou bien inertes, immobiles, l'œil vague et comme absorbés dans une idée fixe qui peut être suivie d'une tentative d'homicide contre leurs pseudo-persécuteurs (Barié). D'autres, au contraire, s'accusant obstinément de crimes imaginaires, tentent de mettre fin à leurs jours. Le suicide n'est pas très rare dans le cours de la dothiéntérie, même dans les formes les plus légères sans délire apparent (typhus ambulatorius). J'ai vu dans deux cas qui se sont terminés par la mort la folie érotique se développer et se manifester par des paroles et par des actes aboutissant à l'onanisme.

La durée du délire est variable suivant la gravité de la maladie. Il peut persister jusqu'à la mort ou disparaître après cinq ou six jours de durée; il est souvent plus fugace, obéissant aux oscillations de la courbe thermique. Ce n'est qu'exceptionnellement que son évolution entraîne un abaissement thermique (Liebermeister).

Parfois les troubles mentaux se prolongent pendant le cours de la convalescence, soit sous forme d'une lacune, d'une obtusion cérébrale, soit sous l'aspect d'un véritable délire.

L'obtusion peut être généralisée ou ne porter que sur des troubles de la

mémoire. Devic et Roux (1) ont publié l'histoire d'une malade qui, après avoir présenté du délire dans le cours de sa maladie, fut prise, l'apyrexie venue, d'accidents d'amnésie rétro-antérograde. Se souvenant parfaitement des faits anciens, elle avait oublié les faits récents et ne se rappelait plus au bout de quelques minutes, ni les questions qu'on lui avait posées, ni les réponses qu'elle avait faites.

Le délire vrai des convalescents peut être léger et comme superficiel, s'évanouissant quand on interpelle brusquement le malade; il peut aussi être profond, systématique, affectant alors la forme lypémanique, mystique (folie religieuse) ou ambitieuse, marqué par quelques-uns des traits qui caractérisent la paralysie générale. Il peut encore aboutir à des troubles plus profonds, à l'imbécillité, à la démence. Christian a compté six cas d'aliénation mentale d'origine typhique sur six cents observations de vésaniques.

En dehors des perturbations de la sphère psychique, on constate dans la fièvre typhoïde l'existence de *troubles de la sensibilité et de la motilité*. La sensibilité de la peau est ordinairement émoussée, surtout pendant l'état de stupeur. A cette anesthésie se rattachent l'inflammation de la conjonctive et de la cornée par défaut de clignement de la paupière, le passage des boissons dans le larynx, etc. L'hyperesthésie est beaucoup plus rare; ordinairement circonscrite, elle peut être assez vive pour que le moindre attouchement arrache des cris au malade. A elle appartiennent la sensation de courbature intense qui marque le début de la maladie, la rachialgie localisée souvent à la nuque (Gubber), et qui est parfois réveillée par la pression des apophyses transverses et épineuses avec une intensité évocatrice du soupçon de la méningite cérébro-spinale (Fernet et Letulle).

La *céphalalgie* existe dans la presque unanimité des cas, surtout au début de la maladie; elle cesse spontanément vers le second septénaire. C'est une sensation de lourdeur, continue ou paroxystique, qui siège dans la région frontale, rarement à l'occiput, ou qui s'étend à toute la tête d'une manière diffuse. A cette céphalalgie s'ajoute un symptôme qui a pour le diagnostic de la maladie une importance très grande : le *vertige*. La tête sur l'oreiller, le malade ne se plaint pas du vertige, mais il le ressent dès qu'il est debout ou simplement dès qu'il veut s'asseoir sur son lit.

Parmi les troubles de la motilité qui appartiennent à l'évolution normale de la fièvre typhoïde, en dehors de toute complication se rangent les *mouvements fibrillaires* qu'on constate sur la langue et quelquefois sur les lèvres, même dans les formes bénignes, le tremblement des mains analogue à celui des alcooliques, les soubresauts des tendons qui n'ont pas une valeur pronostique bien grande. Les *mouvements automatiques*, la *carphologie* sont d'un pronostic plus fâcheux.

La *tétanie* occupant les deux mains n'est pas un symptôme fréquent. Elle peut durer plusieurs heures. Je l'ai observée dans deux cas qui ont guéri, une fois à la veille de la convalescence et une fois dans le cours du second septénaire. Les *spasmes* peuvent se présenter sous la forme de trismus, de strabisme, de spasme de la glotte; ils comportent déjà un pronostic plus fâcheux, moins cependant que la *rigidité* du tronc, du cou, des membres.

Les *spasmes cloniques* qui revêtent l'apparence d'une grande attaque épileptiforme constituent un accident rare dont le pronostic est grave d'ordi-

(1) Devic et Roux. *Province médic.*, 1886.

naire; il se rattache quelquefois à l'existence de l'intoxication urémique; il varie naturellement suivant la cause des convulsions (méningite exsudative ou simple perturbation toxique du système nerveux).

Les *paralysies* ne constituent pas un symptôme, mais une complication que nous étudierons plus loin.

Les *réflexes rotuliens* sont le plus souvent normaux ou exagérés (Ballet).

Les *symptômes oculaires* consistent dans des *éblouissements* qui s'observent au début de la maladie, dans la rougeur de la conjonctive, dans le défaut de protection de l'œil (diminution de la sécrétion lacrymale, anesthésie) qui peut amener le ramollissement et la fonte de la cornée. L'inégalité pupillaire est un symptôme grave. Je l'ai observée dans un cas où trouvaient réunis la plupart des symptômes de méningite tuberculeuse; l'autopsie n'a montré que la congestion simple des méninges, et la présence de bacilles typhiques.

Les *symptômes auriculaires* ne font pour ainsi dire jamais défaut. Dans les cas de fièvre typhoïde évoluant sans complication, on constate dès les premiers jours l'existence de bourdonnements, de tintements qui diminuent l'acuité de l'ouïe, sans arriver à la détruire. Les accidents graves auriculaires sont des complications qui frappent l'oreille moyenne à la suite d'une infection ascendante par le canal de la trompe d'Eustache.

*Température.* — La fièvre est le symptôme dominant de l'infection typhique. Depuis les recherches de Wunderlich, Thomas, Griesinger, Liebermeister, Jaccoud, Lorain, on possède des notions très exactes sur le cycle thermique. Schématiquement, il représente les trois côtés supérieurs d'un trapèze (Jaccoud). Les oscillations ascendantes du début s'élèvent graduellement, chacune dépassant la précédente d'un demi-degré, puis elles oscillent autour d'un point fixe en conservant chacune la même amplitude, et enfin descendent régulièrement.

Sur la marche de la température, Wunderlich avait émis quelques propositions qui s'appliquent à bon nombre de formes communes et auxquelles on a voulu accorder force de loi : toute fièvre qui, dès le second jour, atteint 40°, n'est pas la fièvre typhoïde; — toute fièvre qui, le soir du quatrième jour, ne s'élève pas à 40°, n'est pas la fièvre typhoïde; — le maximum de la température se montre d'abord le soir, quel que soit le jour de son apparition; — le septième jour, il se fait une rémission de la température qui ne s'abaisse jamais jusqu'à la normale; — la défervescence se fait par lysis.

Il n'est aucune de ces propositions qui ne puisse être inexacte. On observe des dothiëntéries sans fièvre; des fièvres typhoïdes abortives qui, dès le second jour, provoquent une élévation thermique de 40°; on note une température plus élevée le matin que le soir; une rémission fébrile qui apparaît du cinquième au dixième jour et peut abaisser la température au chiffre normal (Jaccoud)<sup>(1)</sup>. Enfin la défervescence est quelquefois brusque.

Les signes pronostiques tirés de l'intensité de la fièvre sont utiles, mais ils ne comportent pas de caractères absolus; il faut tenir compte du maximum thermique et de la marche de la courbe fébrile. De très hautes températures font présager un péril grave. D'après Fiedler<sup>(2)</sup>, un maximum thermique qui dépasse le matin 41°,2 et dans la journée 41°,7 annonce une mort certaine. On a

<sup>(1)</sup> JACCLOUD, *Clin. médicale*, 1885.

<sup>(2)</sup> Cité par BRAND.

vu cependant des guérisons malgré cette fièvre, au prix d'une convalescence tardive et difficile. En revanche, beaucoup de dothiëntéries se terminent par la mort qui n'ont pas atteint des chiffres thermiques élevés.

L'étude de la courbe de température fournit des renseignements précieux. Si du cinquième au dixième jour les rémissions matinales sont très prononcées, la fièvre sera légère ou de moyenne intensité; si ces rémissions n'atteignent pas un demi-degré et que la température reste élevée, la fièvre sera grave.

D'après M. Jaccoud, auquel on doit une étude de la température des typhiques, il n'existe aucun rapport régulier entre la précocité du maximum et le pronostic; mais, *dans les cas qui guérissent*, il y a un certain rapport direct entre la précocité du maximum et la brièveté de la maladie. A mesure que l'affection s'éloigne de son début, les indications pronostiques qu'on peut tirer de la marche de la température deviennent plus précises.

La caractéristique de fièvre typhoïde ne réside pas dans l'élévation de température et la production exagérée de chaleur, mais dans le maintien de la

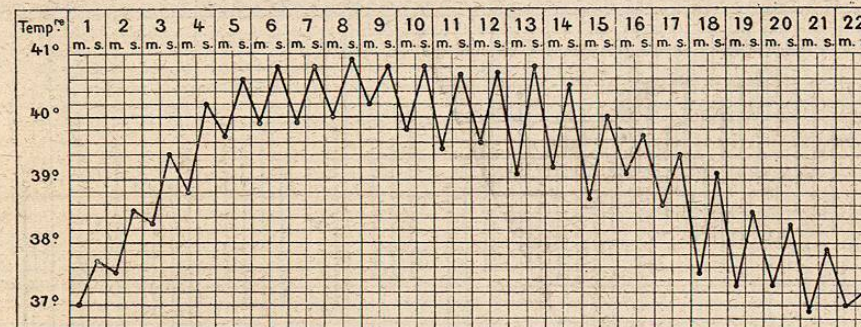
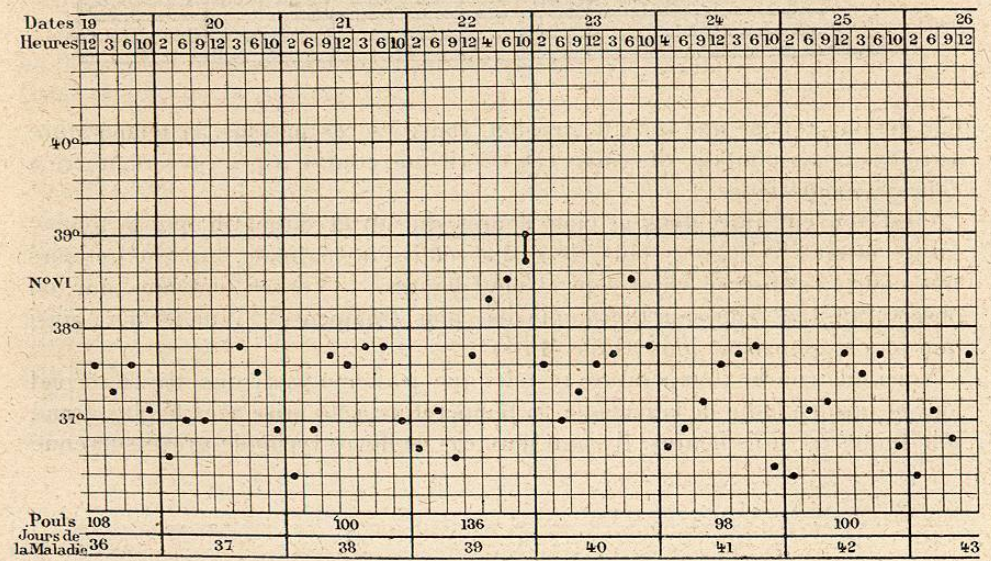
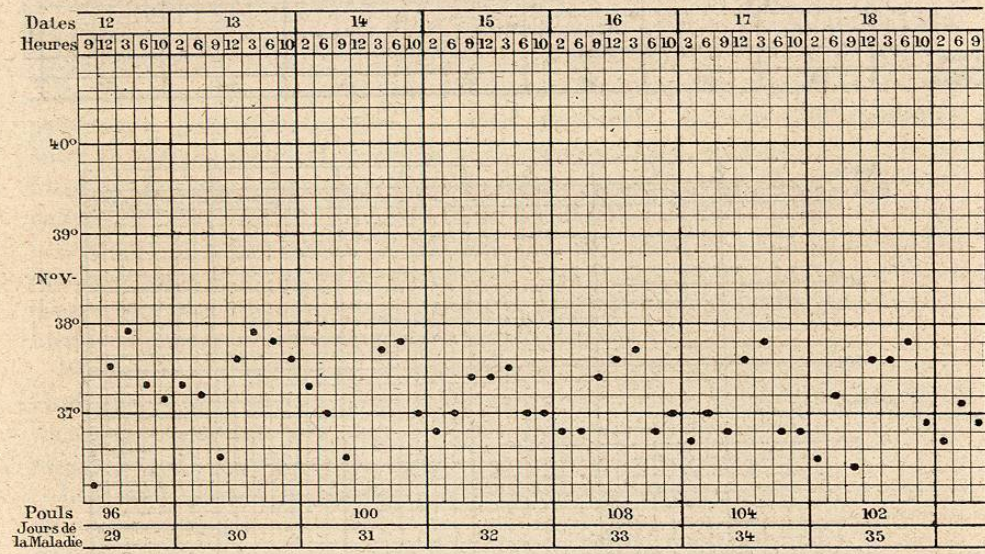
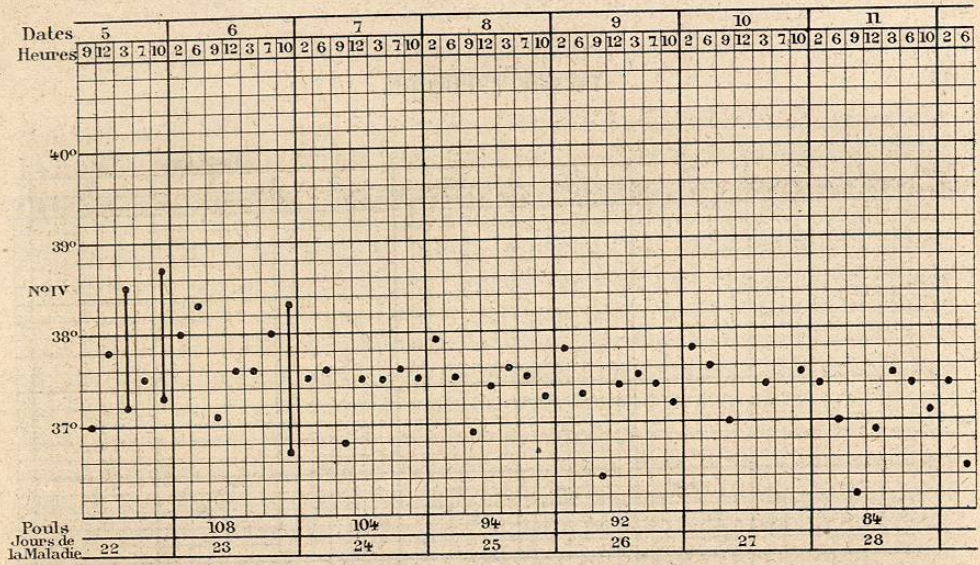
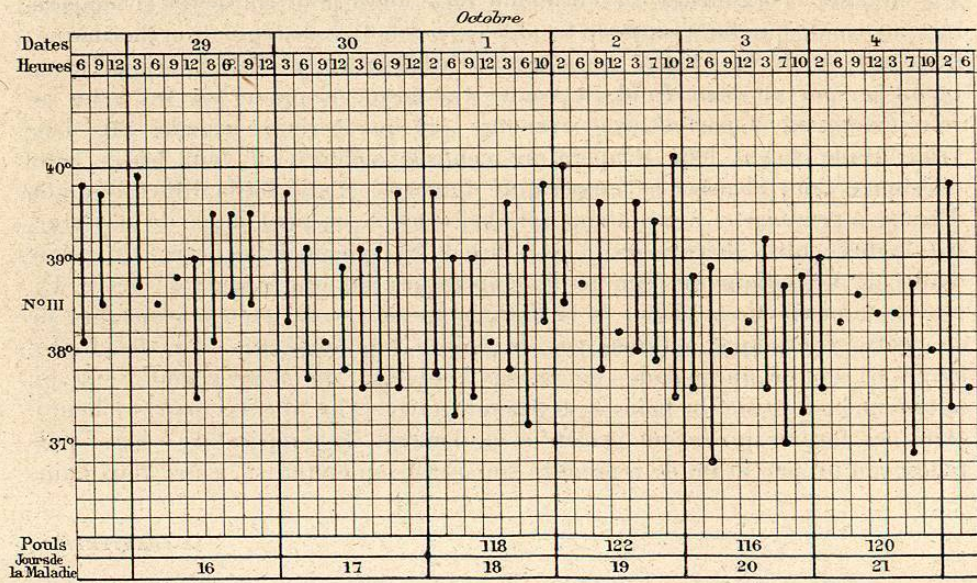
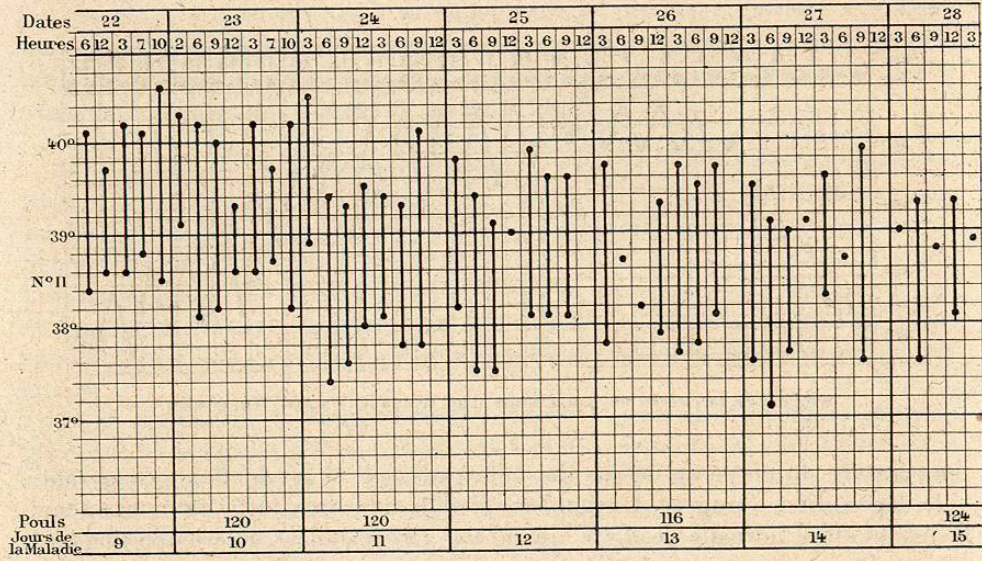
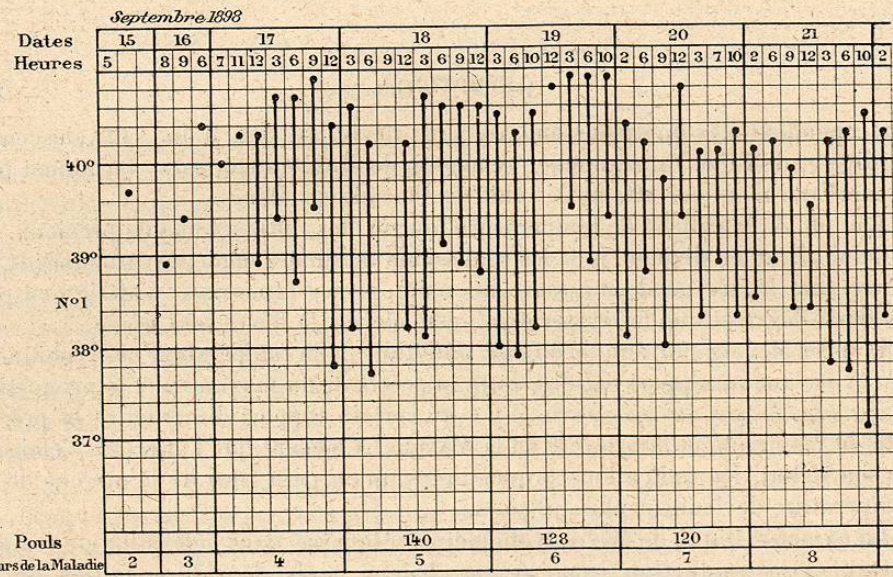
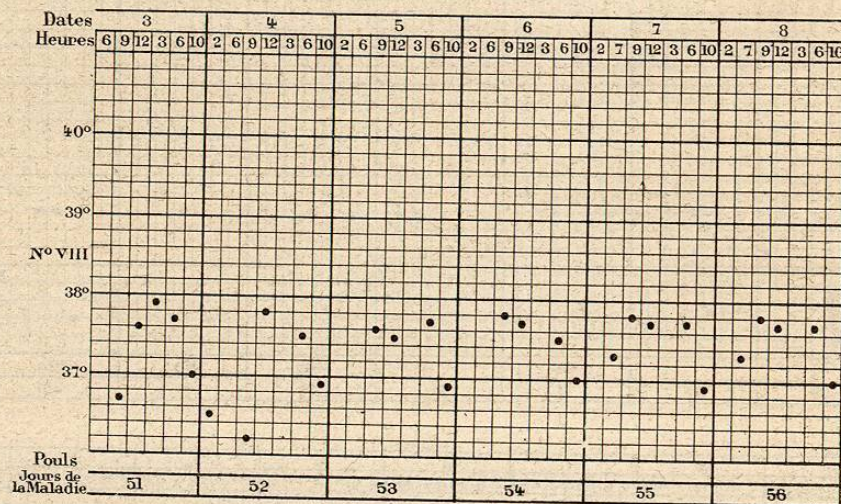
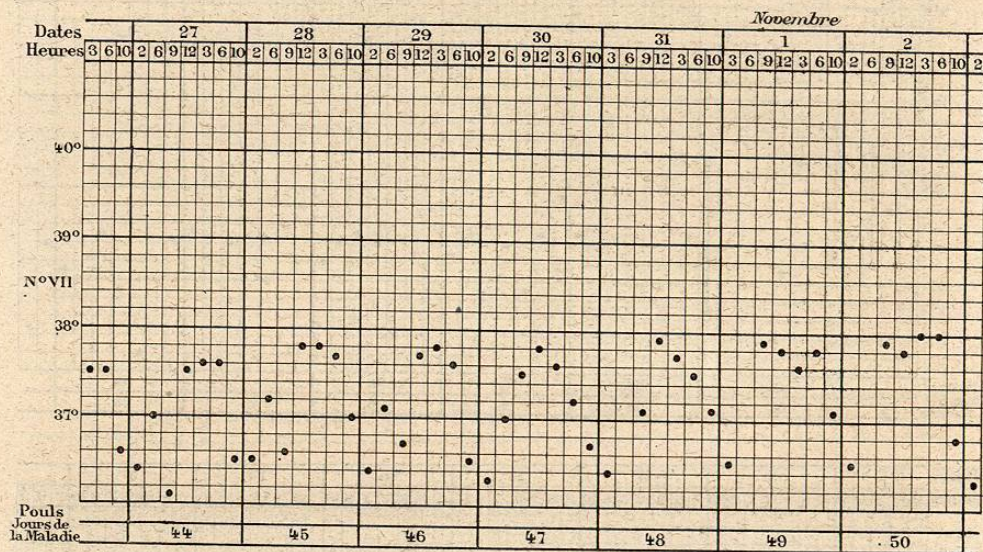


Schéma de la courbe de température d'un typhique, d'après Wunderlich.

température du corps au-dessus du chiffre normal, la production s'exagérant, si la déperdition s'exagère. L'organisme de l'homme sain lutte pour maintenir la température normale de 37°,5, quand des circonstances extérieures tendent à la modifier; l'organisme du fébricitant lutte aussi pour conserver la température anormale que lui assigne le trouble de la fonction de régulation thermique; il défend sa fièvre. Quand on soustrait artificiellement du calorique à un typhique, par un bain froid, le centre thermique s'oppose par ses actes au refroidissement et parfois avec avantage, puisque certains malades mis dans l'eau froide voient leur température centrale s'élever. Il faut briser cette résistance pour abaisser la température du corps, et suivant la difficulté qu'on éprouve à produire et à maintenir cet abaissement, on peut juger de la perturbation des centres thermiques, c'est-à-dire de la vigueur de la fièvre. Un même chiffre de 40° indique une égalité de température, non une égalité de fièvre. Un moyen de pronostic au début de la dothiëntérie est de tâter la résistance de ce centre thermique actionné par le poison typhique. Un bain froid prolongé est donné au malade, de façon à obtenir un abaissement de 1° au minimum; au sortir du bain, la température est prise tous les quarts d'heure. Dans les formes qui seront graves et prolongées, la température s'élève puis redescend un peu avant de reprendre son ascension définitive. Entre deux bains





elle dessine comme une sorte de crochet. Dans les cas moyens, la température se relève plus ou moins vite, mais elle décrit une courbe à peu près régulière à concavité supérieure.

C'est souvent entre deux et cinq heures du soir et du matin que la température atteint le degré le plus élevé. La rémission matinale, qui est toujours très courte, s'observe entre sept et neuf heures. — Vers le septième jour, on observerait une rémission thermique des plus trompeuses (Wunderlich), ainsi que vers le quinzième jour (G. de Mussy).

Voici une courbe (température rectale) que je donne parce que, dès le second jour et jusqu'à la fin de la maladie, la température a été prise avec le plus grand soin toutes les trois heures. Il s'agit d'un cas de fièvre typhoïde grave survenue

chez une petite fille de six ans, très vigoureuse et d'une santé ordinaire excellente. La malade a été traitée par les bains froids sans aucune autre médication. Elle a été nourrie avec du lait et du bouillon. On remarque sur cette courbe les abaissements thermiques très profonds que produisait chez cette petite fille l'application systématique de la méthode de Brand et, malgré ces abaissements, le retour rapide de la chaleur. La rémission matinale momentanée et trompeuse décrite par Wunderlich ne s'est pas faite le septième jour, mais le treizième. Entre les chiffres thermiques tri-horaires de la même journée, on distingue tantôt une régularité, presque une uniformité et tantôt des sauts de température inattendus, par exemple le septième jour de la maladie, le thermomètre marquait à neuf heures  $39^{\circ},8$ , à trois heures  $40^{\circ}$ , tandis qu'à midi la température avait atteint  $40^{\circ},8$ , c'est-à-dire le chiffre le plus élevé de la journée. Comme dans la règle commune, les maxima thermiques se sont montrés ici entre six heures du soir et quatre heures du matin et les minima de six heures du matin à midi. A la veille de la convalescence, la petite malade a souffert d'une attaque d'entérite dysentérique, due probablement à l'absorption de lait impur. Ce trouble digestif a maintenu une température vespérale un peu élevée chez la convalescente. On eût pu craindre l'imminence d'une rechute si la réaction diazoïque n'avait été totalement absente.

En l'absence de complications, les hautes températures ne persistent pas pendant la quatrième semaine. Le stade amphibole, qui sert d'intermédiaire entre la période d'état et le début de la convalescence, est caractérisé par des températures très irrégulières. Il n'est souvent que le résultat de petites complications de toutes sortes; car, dans la fièvre régulière, le stade amphibole existe à peine et la défervescence se produit par une série de petites oscillations (défervescence en échelons de Griesinger). Quand la maladie a une issue fatale, il est fréquent d'observer, un peu avant la mort, une hyperthermie excessive ou bien le collapsus avec des températures très basses.

Pendant la convalescence, la température peut remonter brusquement, sous l'influence d'une émotion, d'une visite reçue, etc.; cette brusquerie de l'élévation thermique n'indique pas une rechute; celle-ci s'annonce par une élévation progressive, qui met au moins deux jours à atteindre son maximum.

Les abaissements thermiques peuvent survenir brusquement (hémorragies) ou se montrer peu à peu dans les cas d'adynamie profonde, d'eschares, de gangrène, de pyémie. La face qui prend un aspect livide, la peau qui se recouvre de sueurs froides, annoncent le collapsus.

Dans les contrées où règne la malaria, il n'est pas rare de voir la fièvre, soit au début, soit dans la période de déclin, prendre le type intermittent comme le ferait une fièvre paludéenne.

*Symptômes fournis par le tube digestif.* — L'appétit est diminué ou totalement supprimé dès le début de la maladie; souvent même cette diminution d'appétit se remarque dans la période prémonitoire. Le retour de l'appétit est un des signes de l'approche de la convalescence. Il peut, à ce moment, devenir assez impérieux pour être la source d'accidents lorsque le malade échappe à la surveillance d'une étroite hygiène alimentaire. L'appétit peut cependant persister dans la période d'état de certaines formes de moyenne gravité, et surtout des formes bénignes.

La soif n'est généralement pas très vive. Dans le traitement de la fièvre typhoïde qui consiste à faire boire aux malades chaque jour, 5 ou 6 litres de liquide