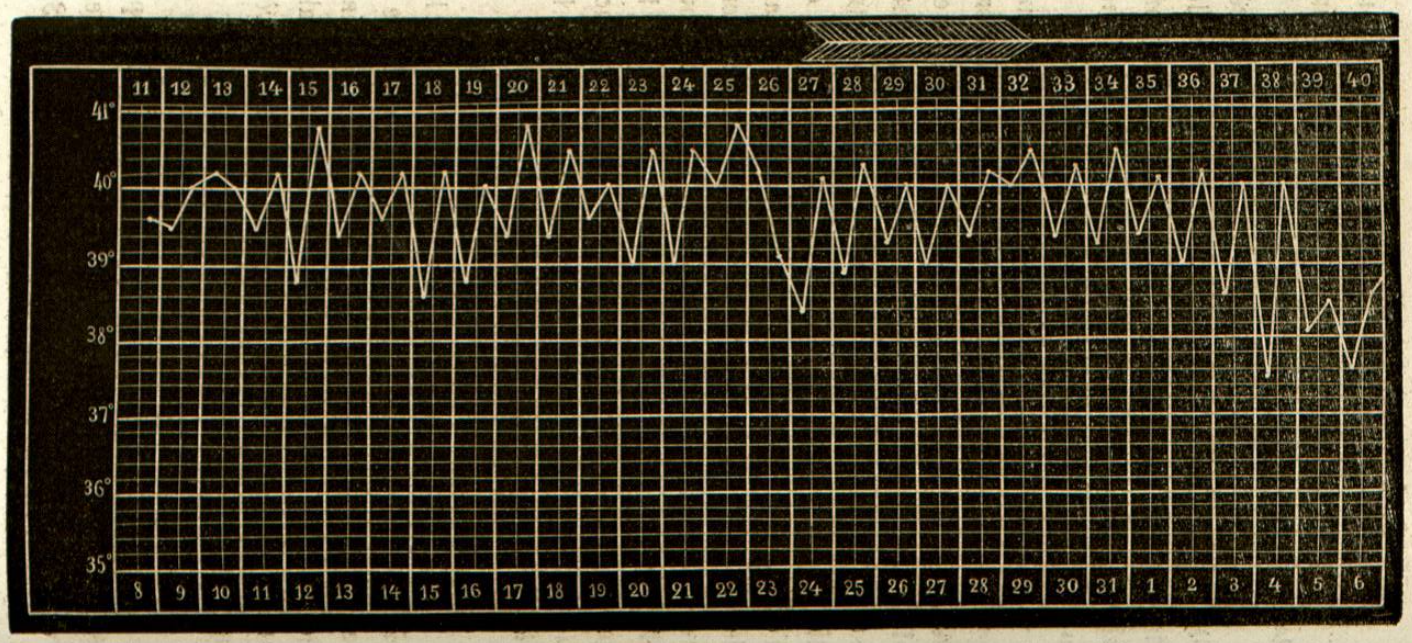
Tracé IX. — FIÈVRE TYPHOÏDE A RECHUTES MULTIPLES.

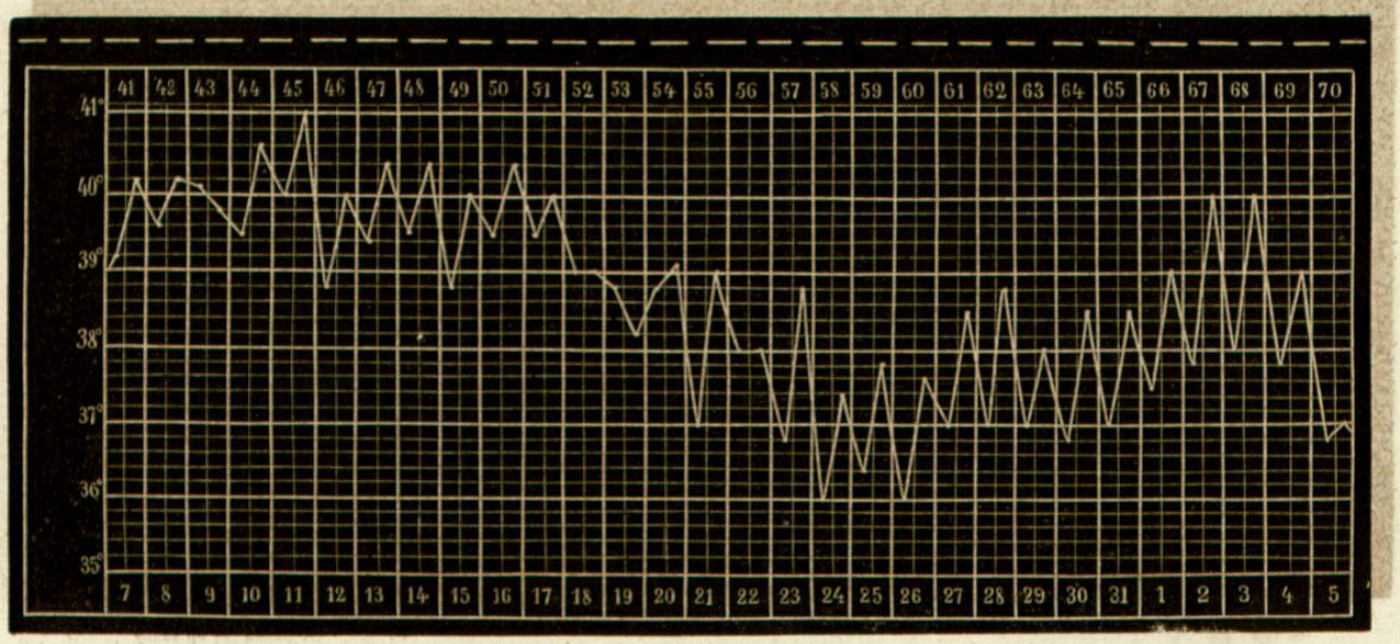
Jours de la maladie.



Juillet. Août.

Tracé IX (2). — FIÈVRE TYPHOÏDE A RECHUTES MULTIPLES.

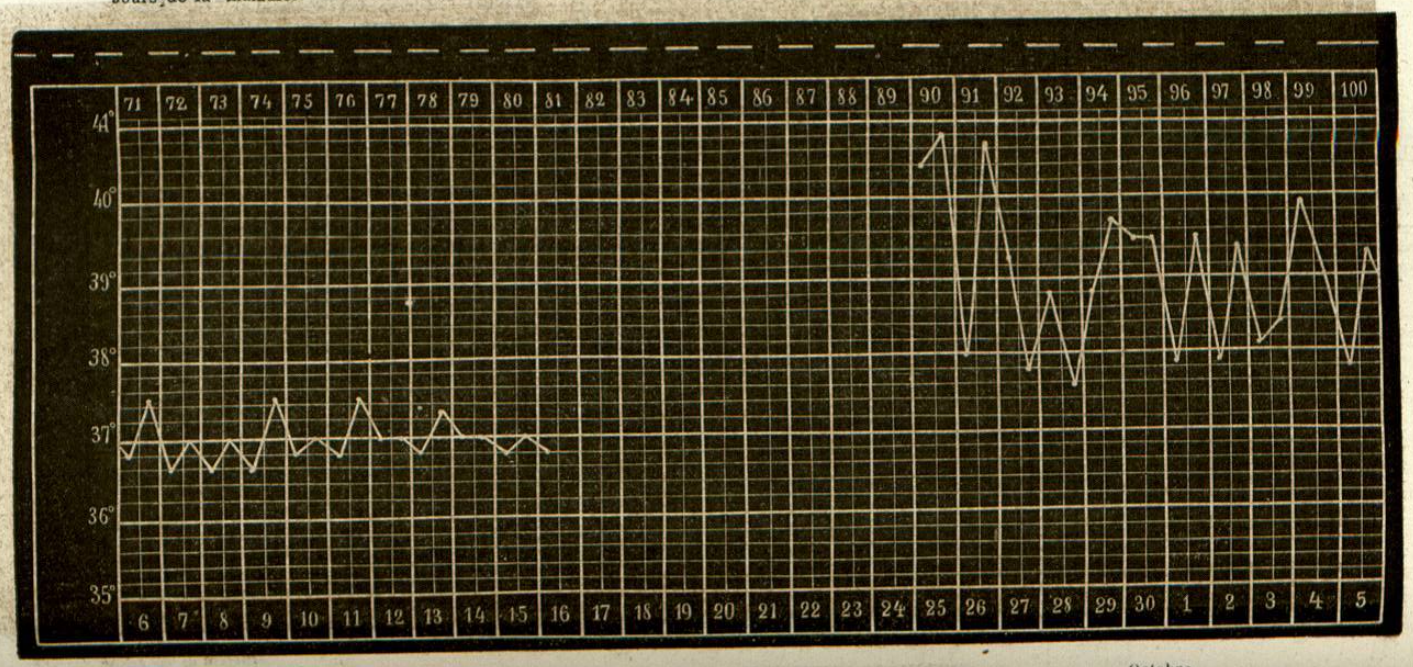
Jours de la maladie.



Septembre.

Tracé IX (3). — FIÈVRE TYPHOÏDE A RECHUTES MULTIPLES.

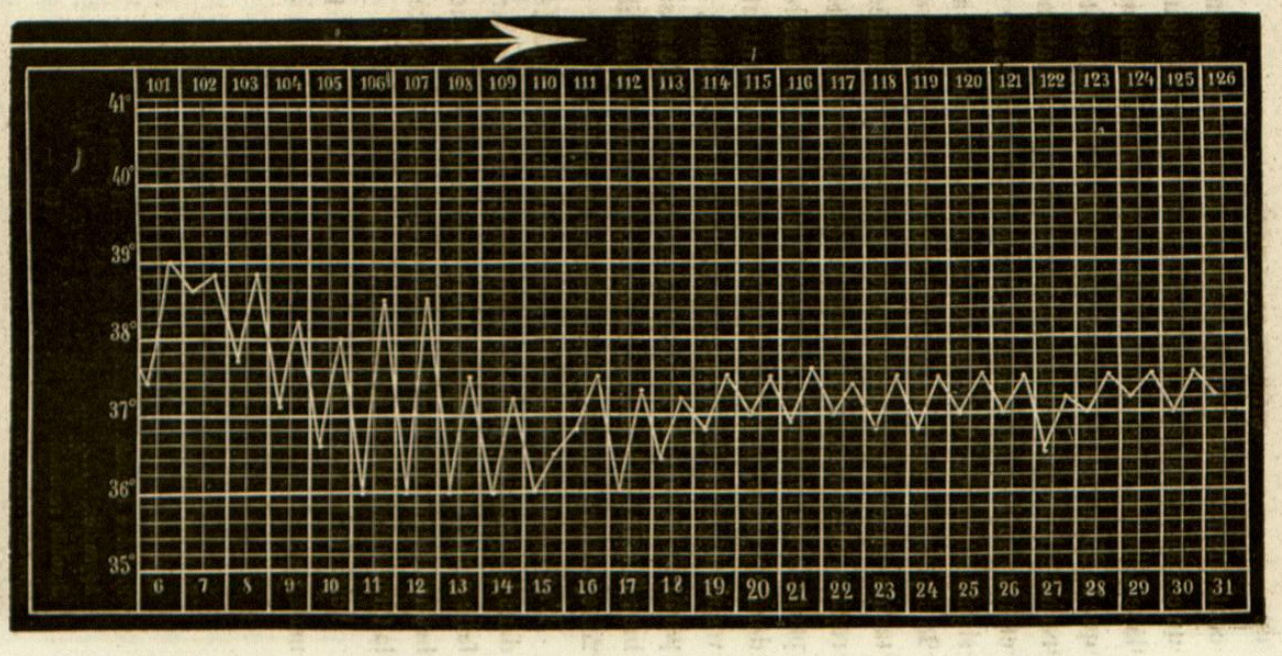
Jours de la maladie.



Octobre.

Tracé IX (4). — FIÈVRE TYPHOIDE A RECHUTES MULTIPLES.

Jours de la maladie.



contrairement aux jours précédents, cette femme accusa un certain malaise, et, pour cette raison, je fixe à ce jour-là le début de cette rechute; la température ne fut reprise que le 25 au matin, il y avait alors 40°,4. Pendant cette rechute, la fièvre a été irrégulière, à grandes oscillations, et nous aurions pu concevoir des doutes légitimes sur la signification de cette fièvre, si nous n'avions eu au 28 septembre une nouvelle et abondante apparition de taches rosées. Les phénomènes bronchitiques avaient reparu, eux aussi, mais, dans ce cas, ils étaient plutôt propres, on le conçoit, à obscurcir le jugement. Dans les derniers jours, la fièvre a été franchement intermittente vespérale, et la terminaison a eu lieu le 13 octobre; à partir de ce jour-là, la température a été normale aussi bien le soir que le matin. La *durée*, supputée à partir du 23 septembre, a donc été de *vingt et un jours*.

L'APYREXIE a été *définitive*, et la malade nous a quittés dans les premiers jours de novembre; elle était en parfaite santé, et ne conservait aucune trace des symptômes bronchitiques qui avaient persisté quelques jours après la terminaison de la troisième rechute.

Voici le tableau des phases chronologiques de la maladie :

	Durée.
Première atteinte	39 jours.
Apyrexie	1/2 jour.
Première rechute	18 jours.
Apyrexie	3 — 1/2.
Seconde rechute	10 —
Apyrexie	18 —
Troisième rechute	21 —
Apyrexie	Définitive.

De même que dans le cas précédent, l'exanthème rosé s'est montré à chaque rechute, aussi bien dans la première qui a été subintrante, que dans les suivantes. La rate était fortement tuméfiée pendant la première atteinte; je n'en puis rien dire pour la suite, ayant été absent à partir du 1er août.

Telles sont ces deux observations remarquables. Quels enseignements pouvons-nous en tirer?

Indépendamment de l'enseignement de fait concernant la multiplicité possible des rechutes jusqu'à cinq, ces cas en fournissent d'autres qui confirment de tous points les conclusions que je vous ai présentées il y a deux ans, touchant certaines questions controversées. Je vous les rappelle brièvement.

La rechute n'est pas l'effet complémentaire d'une première attaque imparfaite; dans nos deux cas cette première attaque a été grave et longue.

La rechute n'est pas due à une nouvelle infection; sur les huit rechutes que comprennent ensemble nos deux cas, l'apyrexie a été six fois de huit jours ou au-dessous, durée inférieure au minimum connu de l'incubation pour l'infection typhoïde.

La rechute n'est pas liée à une entéro-côlite ou à un catarrhe gastro-intestinal; car les caractères thermiques sont ceux de la fièvre typhoïde, la rate est augmentée de volume, et, dans bon nombre de cas, il y a une nouvelle éruption rosée. Bien plus, les phénomènes intestinaux peuvent manquer dans la rechute; l'histoire de notre homme aux cinq rechutes le prouve nettement, et je puis vous dire qu'il en est toujours

ainsi, lorsque la maladie présente le caractère sudoral.

Les choses étant ainsi, la seule interprétation satisfaisante de la rechute est celle-là même que je vous ai présentée il y a deux ans; je la reproduis aujourd'hui, avec la confirmation nouvelle fournie par nos deux observations.

La rechute exprime simplement une modalité particulière de la maladie qui évolue en deux ou plusieurs étapes; à la durée près des périodes, ce caractère, exceptionnel dans notre fièvre typhoïde, rappelle le caractère constant d'une autre maladie de la même famille, à savoir le typhus récurrent ou typhus à rechutes, dans lequel les poussées successives sont à la fois plus nombreuses et plus courtes. Dans les cas rares où la rechute est mortelle, on trouve à l'autopsie des altérations intestinales récentes, à côté de lésions réparées; la répétition symptomatique a donc pour base le dyschronisme du processus anatomique.

A côté de ces enseignements d'ordre théorique, nos deux faits me permettent de vous en signaler d'autres, qui ont une grande importance pratique.

Il n'y a pas à compter constamment sur un intervalle apyrétique notable entre la fin de la première atteinte et le début de la rechute; celle-ci peut être immédiate, subintrante, comme elle l'a été dans mon cas de 1884, et chez notre femme d'aujourd'hui. Dans les deux circonstances, la marche ultérieure de la fièvre, et l'apparition d'une nouvelle éruption rosée ont mis hors de doute la réalité de la rechute.

D'un autre côté, il ne faut pas interpréter comme des

rechutes toutes les reprises de fièvre qu'on peut observer chez un convalescent de fièvre typhoïde; cette interprétation n'est légitime qu'à certaines conditions : il faut que la fièvre et l'état du malade présentent l'ensemble des caractères qui appartiennent au typhus abdominal; il faut aussi que la fièvre ne puisse pas être imputée au développement d'un autre processus pathologique. Voyez ce qui s'est passé chez notre homme; entre sa seconde et sa troisième rechute, il a été pris d'une fièvre qui a duré du 3 au 12 octobre, mais cette fièvre était liée à la production d'abcès multiples, et l'envisager comme une rechute eût été une erreur complète. Ne perdez jamais de vue cette distinction; elle est absolument nécessaire si l'on veut éviter, dans l'histoire des rechutes de la fièvre typhoïde, la confusion qui l'a trop longtemps obscurcie.

Le diagnostic de la rechute peut se heurter à une difficulté plus sérieuse que nous avons rencontrée chez nos deux malades. Cette difficulté résulte de la persistance du catarrhe bronchique dans l'apyrexie, et de sa recrudescence à chaque rechute; lorsque le catarrhe, suivant sa localisation ordinaire, est limité aux bases, sa présence facilite le jugement, bien loin de l'obscurcir; mais lorsqu'il siège aux sommets, comme cela est arrivé chez nos deux malades; lorsque, par surcroît, les rechutes sont multiples, on peut à bon droit se demander si les reprises fébriles ne sont pas l'expression d'une tuberculisation pulmonaire commençante. Il n'y a pas beaucoup à compter alors sur le signe bacillaire, car s'il s'agit de tuberculose, les lésions sont tellement initiales que l'absence de bacilles dans les crachats n'a pas de valeur réelle; cette

investigation ne doit cependant pas être omise, et nous n'avons eu garde de la négliger chez nos malades. Mais, en somme, les meilleurs éléments de jugement sont, en pareil cas, les caractères thermiques de la fièvre, surtout au moment de la reprise, l'exanthème rosé, l'appréciation comparative de l'état des poumons dans les périodes apyrétiques et dans les périodes fébriles, et la considération de l'ensemble des symptômes pendant la rechute présumée.

Vous voyez par là, Messieurs, que le diagnostic de la rechute n'est pas toujours chose facile. Il y a bien des signes pathognomoniques, savoir l'ascension par échelons de la température au moment de la reprise fébrile, — l'exanthème rosé, — et la tuméfaction de la rate; mais aucun d'eux n'est absolument constant.

Dans plusieurs des observations qui ont servi de base à mes leçons d'il y a deux ans, dans quelques rechutes de nos deux cas actuels, l'ascension par échelons a été remplacée par une ascension rapide. — Mon relevé d'il y a deux ans donnait pour les taches rosées une proportion de 15 cas sur 54 rechutes, soit 27,77 p. 100; si nous y ajoutons nos deux faits d'aujourd'hui nous arrivons à une proportion de 30 p. 100. Notez que notre malade aux cinq rechutes a présenté l'éruption spéciale dans la première, la seconde, la quatrième et la cinquième, tandis que les taches ont complètement manqué dans la troisième. — La tuméfaction de la rate est, en somme, le moins inconstant de ces trois phénomènes; mais je n'oserais pourtant pas affirmer qu'elle soit présente dans tous les cas.

Il résulte de là que ces signes sont décisifs lorsqu'ils existent, mais qu'ils ne doivent point être considérés comme une condition *sine quâ non* de la rechute. Je ne puis donc pas accepter la conclusion de Steinthal qui exige l'ascension thermique en échelons et les taches rosées, pas plus que la conclusion de Ziemssen, qui demande les taches et la tumeur de la rate, ou bien l'un de ces deux phénomènes avec l'ascension fébrile en échelons (1). Il ne manque pas de cas dans lesquels le diagnostic doit être fait en l'absence d'un ou de deux de ces signes, d'après les allures et la durée de la fièvre, et d'après l'ensemble des autres symptômes. Mon relevé, qui comprend aujourd'hui cinquante-six cas de rechutes, m'autorise à formuler sans réserve cette proposition.

Je ne puis pas accepter non plus l'opinion de Ziemssen, touchant la possibilité de prévenir les rechutes par l'administration de certains agents antiparasitaires, comme par exemple la quinine; pour m'en tenir à nos deux cas actuels, je vous rappelle que lors de la première attaque, l'homme aux cinq rechutes a été traité par la quinine, et que la femme aux trois rechutes a été traitée par l'acide salicylique. Il n'y a donc nullement à compter sur l'efficacité préventive de ces agents.

(1) Steinthal, *Ein Beitrag zur Lehre vom Recidiv des Typhus abdominalis, mit Berücksichtigung seiner Pathogenese* (*Deutsch Arch. f. klin. Med.*, 1884).

Von Ziemssen, *Ueber das Typhusrecidiv* (*Eodem loco.*, 1884).