ONZIÈME LEÇON

FIÈVRES TYPHOÏDES INTERMITTENTES

(27 MARS 1886)

De l'intermittence fébrile dans la fièvre typhoïde. — Ses variétés.
Histoire d'une malade affectée de fièvre typhoïde. — Exposé des symptômes. — Marche intermittente de la fièvre. — *Type inverse.* — Fièvre le matin, apyrexie le soir. — Mort. — Résultats de l'autopsie.
De l'importance pronostique de l'affaiblissement du cœur.
Autres exemples de fièvre typhoïde intermittente.
La continuité de la fièvre n'est pas un caractère constant de la maladie. — Déviations du type normal. — Importance pratique et théorique de ces faits. — Conclusion.

MESSIEURS,

Il y a deux ans, dans mes leçons sur les caractères et les anomalies thermiques de la fièvre typhoïde, je vous ai fait connaître une éventualité de grande importance, à savoir l'intermittence fébrile au cours de cette maladie. J'ai démontré, courbes en main :

1° L'intermittence terminale, qui est très fréquente;

2° L'intermittence initiale, qui n'est pas rare;

3° L'intermittence, à répétition possible, dans la période d'état; elle est rare.

A côté de ces faits concernant la fièvre typhoïde vulgaire de notre pays, j'ai démontré :

4° L'intermittence ordinaire de la forme spéciale, que j'ai décrite sous le nom de forme sudorale; cette forme, qui a son maximum de fréquence dans l'Italie centrale et méridionale, peut aussi naître à Paris, ainsi que je l'ai établi le premier.

A ces notions nouvelles, dont l'importance pathologique et clinique est facile à saisir, je puis aujourd'hui en ajouter une autre, dont l'intérêt n'est pas moins considérable : *L'intermittence fébrile peut exister durant tout le cours de la fièvre typhoïde, et cela dans la forme vulgaire, non sudorale, de notre pays.*

En moins d'une année, j'ai observé quatre cas (je vous présenterai les courbes) qui justifient ma proposition.

Je vais vous exposer en détail l'une de ces observations, dans laquelle l'anomalie thermique a été telle que le diagnostic, malgré la présence de nombreuses taches rosées, pourrait à la rigueur être contesté, s'il n'avait pas eu la vérification anatomique.

Une femme de quarante et un ans, giletière de son état, habitant depuis nombre d'années le département de la Seine, a été apportée dans notre service, salle Laënnec, numéro 39, le 10 mars dernier.

A son arrivée, la malade était dans un état typhoïde des plus accusés, la prostration était complète, le facies plombé était plaqué de grandes taches rouges, les lèvres et la langue étaient sèches et fuligineuses, l'haleine était fétide, la respiration fréquente, le pouls dicrote, petit et fréquent à 120; le ballonnement du ventre était

notable, il y avait de la douleur et du gargouillement dans la fosse iliaque droite, et une diarrhée abondante. — Une riche éruption de taches rosées lenticulaires se montrait sur la paroi abdominale, sur le dos, sur la région lombaire; la vivacité de teinte de ces taches permettait d'affirmer qu'elles étaient récentes. L'auscultation faisait entendre de nombreux râles sous-crépitants dans la moitié inférieure des deux poumons en arrière; — l'urine, trouble, foncée, était fortement albumineuse.

La température prise dans l'après-midi, peu après l'entrée de la malade, était de 38°,6.

Le lendemain matin, 11 mars, le thermomètre marque 40°,9; il n'y a eu depuis la veille ni frissons, ni sueurs, l'état est sensiblement le même.

Il s'agit donc d'une fièvre typhoïde adynamique en plein développement; les caractères de l'exanthème étant ceux qu'il présente d'ordinaire du huitième au dixième jour, je prends un moyen terme, et je considère le jour de l'entrée, 10 mars, comme le neuvième jour de la maladie.

Mais le cas, en réalité, n'est point aussi simple : quand cette fièvre, dont nous voyons l'exanthème en floraison toute récente, a débuté, il y a dix jours, cette femme n'était pas en bonne santé, loin de là. Les personnes qui l'ont amenée racontent qu'elle était alors déjà malade au lit, depuis cinq à six semaines, qu'elle avait eu presque tout ce temps de la fièvre et de la diarrhée, et qu'elle allait mieux depuis quelques jours, lorsqu'elle était retombée (*sic*). Me fondant sur la *durée* de cette maladie première, au sujet de laquelle je ne puis avoir d'autres détails,

j'admets qu'il s'est agi d'une fièvre typhoïde, et que nous sommes en présence d'une rechute des plus graves, plus grave assurément que la première atteinte.

Je prescris mon traitement au complet : lait, — alcool, — quinquina, — ventouses sèches, — douze lotions froides, — et, malgré les lotions, vu le chiffre de la température matinale 40°,9, je donne un gramme et demi d'acide salicylique.

Le lendemain matin, 12 mars, l'ensemble des symptômes étant le même, je trouve que la température est de 40°,4, et je m'étonne que le médicament n'ait pas agi; mais cet étonnement fait bientôt place à une surprise en sens inverse, car je vois sur le tracé que, la veille au soir, la température n'a été que de 37°,7, présentant ainsi une chute de trois degrés et deux dixièmes par rapport au chiffre du matin 40°,9. Cet effet me semble un peu excessif pour 1gr,50 d'acide salicylique; cependant comme la malade est très débilitée, comme j'ai déjà observé pareil effet avec la même dose de médicament, je l'interprète ainsi, tout en restant étonné de la fugacité extrême d'une chute thermique aussi considérable.

En raison du chiffre matinal de 40°,4 je prescris de nouveau l'acide salicylique, mais par prudence et de peur du collapsus, je donne seulement quatre-vingts centigrammes; de même que pour la dose plus forte de la veille, le remède doit être pris coup sur coup dans la matinée, de manière que l'administration soit terminée à midi. Le soir il y a 38°,2; cet abaissement est acceptable, et en rapport avec la dose moindre de l'agent antithermique.

Mais le matin suivant, 13 mars, j'ai de nouveau 40°; pour le coup je me méfie, et devant la persistance de cette amplitude et de cette fugacité dans l'oscillation thermique, je renonce à l'idée d'une influence thérapeutique, et j'en viens à penser que ces allures si étranges de la température pourraient bien être le fait de la maladie elle-même, qui présenterait ainsi le type inverse. J'explique aussitôt aux assistants que nous avons un moyen sûr de juger la question : ce jour même, 13 mars, je donnerai encore quatre-vingts centigrammes d'acide salicylique; mais le remède ne sera pris qu'après qu'on aura relevé la température du soir; si la chute a lieu comme les soirs précédents, il est bien clair qu'elle n'est pas imputable au médicament. Ainsi fut fait : la température du 13 au matin étant de 40°, celle du 13 au soir, avant l'administration de l'acide salicylique, est de 37°,5.

La dose prescrite est alors donnée à la malade dans la soirée, ce qui n'empêche pas que le 14 au matin le thermomètre marque 40°,2.

La question est jugée sans réplique; les oscillations thermiques observées n'ont rien à voir avec la médication, nous avons affaire à une fièvre typhoïde dont la fièvre est intermittente, ce qui n'est pas absolument rare, mais dont le type est inverse, l'apyrexie ayant lieu le soir, ce qui est tout à fait insolite. Le soir du 14, nous avons 37°,6, de sorte que le tracé est exactement celui d'une fièvre intermittente palustre quotidienne, à accès matinal.

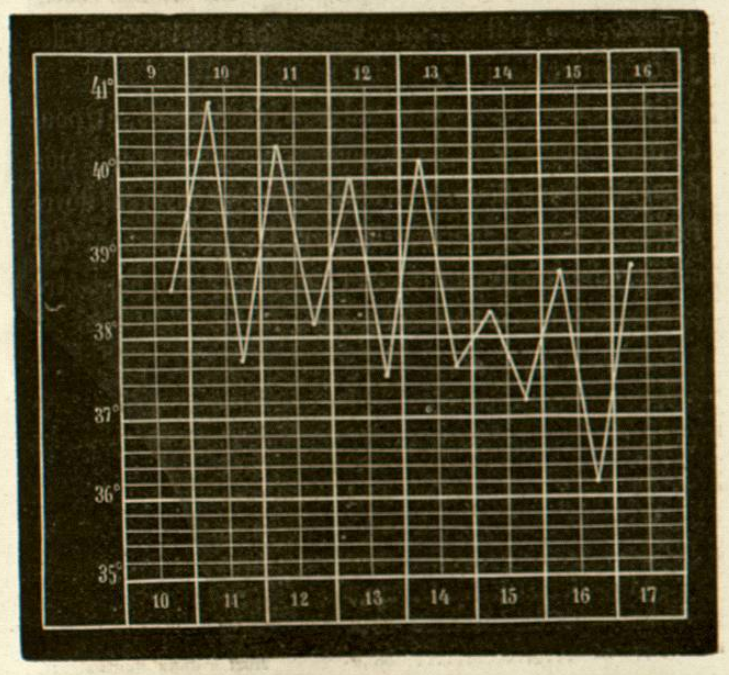
Si l'ensemble symptomatique de la fièvre typhoïde eût été moins complet et moins grave, on aurait dû croire à une fièvre paludéenne, et agir en conséquence; mais,

dans le cas particulier, il était impossible de douter un instant du diagnostic.

Cependant l'état de la malade ne présente aucune amélioration; au contraire, la prostration s'accroît, la diarrhée et la dyspnée persistent, l'albuminurie est tou-

Tracé X. — FIÈVRE TYPHOÏDE INTERMITTENTE A TYPE INVERSE.

Jours de la maladie.



Mars.

jours abondante, l'examen du cœur ne révèle aucune anomalie stéthoscopique, mais la force des contractions s'amoindrit de jour en jour. Il est évident que la fin est prochaine.

La modalité de la température ne se dément pas : le 15 au matin nous avons 38°,3, le soir 37°,2; — le 16 au

matin 38°,8, le soir 36°,2. A ce moment apparaît un nouveau symptôme grave, c'est une trémulation marquée de la face, des lèvres et des membres supérieurs. Le 17 au matin, la température est de 38°,9 ; l'oppression est extrême, la trémulation plus prononcée, c'est l'aggravation ultime; à deux heures de l'après-midi la malade succombe à l'asphyxie résultant de la faiblesse du cœur, et de l'encombrement bronchique. — Les taches rosées étaient bien pâlies, mais elles sont restées visibles jusqu'au dernier jour.

Cette observation comprend sept jours pleins, et, pendant ce temps elle nous montre la persistance non démentie d'une fièvre intermittente à type inverse : fièvre forte le matin, apyrexie le soir. Le groupement des chiffres thermiques en tableau vous frappera peut-être plus encore que le tracé lui-même.

	Matin.	Soir.
10 mars.....	»	38°,6 (après-midi.)
11 —	40°,9	37°,7
12 —	40°,4	38°,2
13 —	40°	37°,5
14 —	40°,2	37°,6
15 —	38°,3	37°,2
16 —	38°,8	36°,2
17 —	38°,9	Mort à deux heures.

L'autopsie a confirmé le diagnostic; elle a montré dans la dernière portion de l'intestin grêle, sur une longueur d'un mètre environ, des lésions de deux âges différents : d'une part des ulcérations récemment cicatrisées, d'autre part des ulcérations en pleine activité, non encore détergées, présentant à leur centre un bourbillon, ou

eschare jaunâtre, en voie d'élimination. Les premières sont les reliquats de la première atteinte, les autres appartiennent à la rechute qui a tué la malade. Vous pouvez constater sur la pièce que je vous présente, une particularité intéressante : sur deux plaques de Peyer, savoir sur la grande plaque qui avoisine la valvule iléo-cæcale, et sur une autre située à trente centimètres plus haut, les deux ordres de lésions coexistent; sur quelques points, petites ulcérations cicatrisées, à côté, ulcérations récentes non détergées. Les autres plaques présentent individuellement le même ordre de lésions. Le nombre des plaques altérées n'est pas considérable, il ne dépasse pas une dizaine; sur ce total, six montrent les lésions anciennes, quatre les lésions récentes. Les deux plaques à double lésion sont comprises dans ce total.

Vous avez ainsi la preuve de la justesse de mes conclusions quant aux rechutes typhoïdes; la répétition des symptômes est liée à la répétition des lésions; au dyschronisme symptomatique répond le dyschronisme anatomique; la rechute est inhérente au caractère même de la maladie, qui évolue en deux ou plusieurs étapes.

Les ganglions mésentériques étaient fortement infiltrés, la rate diffluente et légèrement augmentée de volume ; pas d'autre modification dans les organes digestifs.

L'autopsie nous a donné la raison de la faiblesse du cœur qui a été la cause instrumentale de la mort; il n'y a pas de lésion valvulaire, il n'y a pas d'altération du myocarde, mais l'organe est considérablement atrophié, il ne pèse que 130 grammes.

Je ne négligerai pas cette occasion d'appeler à nou-

veau votre attention sur l'importance de l'affaiblissement du cœur dans les fièvres du genre typhus; il y a nombre d'années que Stokes, Graves, et moi-même après eux, avons signalé la gravité de ce phénomène, qui est trop souvent le point de départ d'accidents irrémédiables. Stokes pensait que cette insuffisance contractile était toujours sous la dépendance d'une altération anatomique, notamment du ramollissement de l'organe; en cela, il s'est trompé, la parésie cardiaque peut être indépendante de toute lésion appréciable de l'organe. En revanche, cet éminent observateur a parfaitement indiqué les signes de cette impuissance fonctionnelle du cœur : à un premier degré, on constate simplement la faiblesse de l'impulsion; — plus tard, l'affaiblissement du premier bruit, le second restant normal; — au degré le plus grave, la disparition du premier bruit avec persistance du second. Ajoutez l'irrégularité et l'inégalité des battements que l'auteur a omis de mentionner, et vous aurez l'ensemble des signes qui révèlent l'affaiblissement de l'action du cœur. Il est bien remarquable qu'à une époque où le vin n'entrait pas dans le traitement ordinaire des typhiques, Stokes ait basé sur la faiblesse cardiaque l'indication du vin et des stimulants.

Retenez ces faits dont la valeur pratique est considérable; au cours de la fièvre typhoïde, le médecin doit pratiquer chaque jour l'examen du cœur, afin d'être constamment renseigné sur le mode fonctionnel de l'organe.

Je reviens maintenant à la marche de la fièvre, chez la malade que nous venons d'étudier. Le caractère franche-

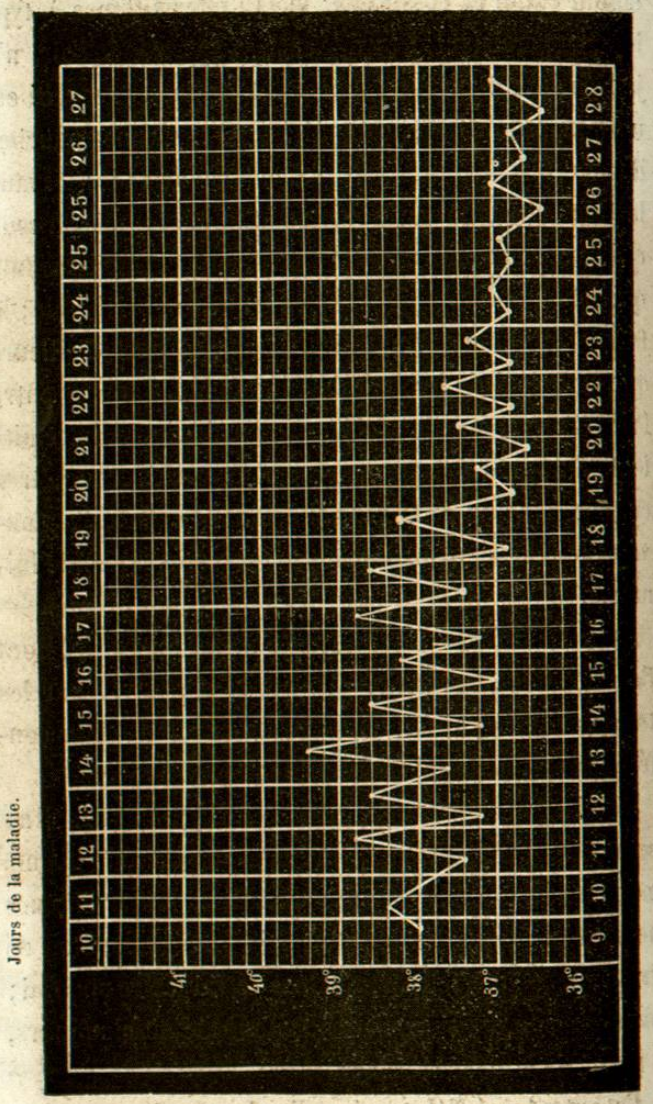
ment intermittent est déjà un fait assez rare; cependant, ainsi que je vous l'indiquais au début, mes observations en ont établi la possibilité; mais l'intermittence à type inverse persistant, fièvre le matin, apyrexie le soir, n'a jamais été signalée, et, à ce point de vue, notre tracé est unique jusqu'ici. J'ai compulsé à nouveau mes courbes depuis plus de quinze ans, j'ai cherché dans les travaux les plus complets sur le sujet, m'attachant surtout à ceux qui concernent les rechutes, puisque c'est une rechute qui est ici en cause, je n'ai rien trouvé de semblable; le fait est absolument nouveau. Rappelez-vous d'ailleurs que cette malade habitait depuis nombre d'années entre Paris et Ivry, qu'elle n'a jamais eu de fièvre intermittente à aucune époque de sa vie, et vous reconnaîtrez comme moi que cette modalité toute spéciale du mouvement fébrile est imputable au processus typhoïde lui-même.

Quant à la forme intermittente moins anormale, dont l'apyrexie est matinale, elle est bien prouvée par les tracés auquels j'ai fait allusion, au début de cette conférence, et que je vais vous présenter.

Celui-ci, XI, concerne un homme de vingt-cinq ans; il ne commence qu'au dixième jour, mais jusqu'au vingtième, moment de la défervescence définitive, l'intermittence ne s'est pas démentie une seule fois. La maladie était de gravité moyenne, elle n'avait pas le caractère sudoral; mais il y a eu des sueurs abondantes pendant cinq jours, à partir de la défervescence.

Cet autre tracé, XII, provient d'un homme de trente ans; il ne commence qu'au onzième jour, mais la défervescence n'ayant eu lieu que le trentième jour, il comprend une

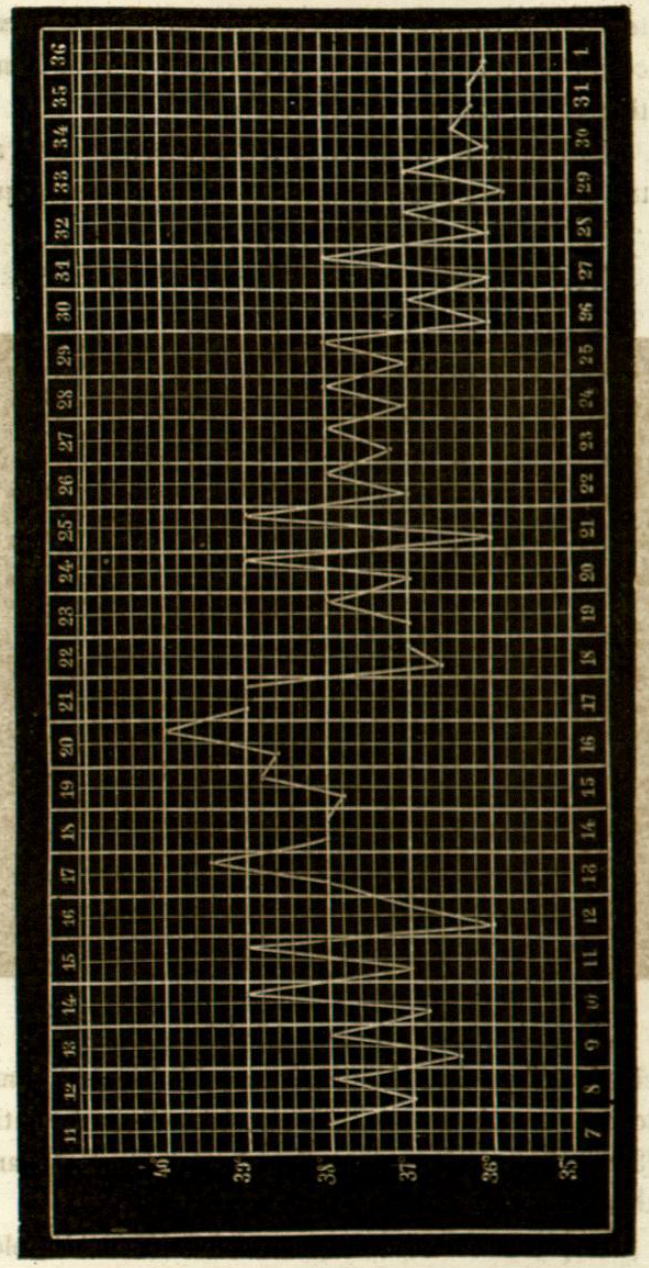
période de vingt jours. Or, pendant tout cet intervalle, quatre fois seulement la température du matin a été



Tracé XI. — FIÈVRE TYPHOÏDE INTERMITTENTE FORME COMMUNE.

Jours de la maladie. Août 1885.

fébrile, savoir le dix-septième et le dix-huitième jour puis le vingtième et le vingt et unième; tout le reste du



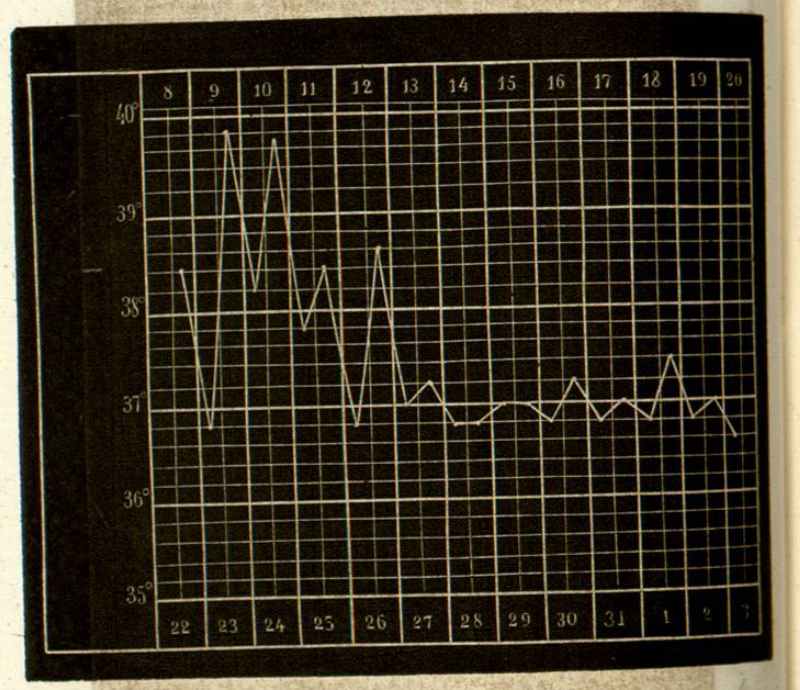
Tracé XII. — FIÈVRE TYPHOÏDE INTERMITTENTE. FORME THORACIQUE.

Jours de la maladie. Octobre 1885.

temps, la fièvre a été uniquement vespérale, avec apyrexie complète le matin. Notez que la maladie était de forme thoracique, sans caractère sudoral.

Voici enfin le tracé d'une forme abortive jugée au treizième jour; il ne comprend malheureusement que

Tracé XIII. — FIÈVRE TYPHOÏDE INTERMITTENTE. FORME ABORTIVE.
Jours de la maladie.



Janvier 1886. Février.

cinq jours à partir du huitième; une seule fois, au dixième jour, la température a été légèrement fébrile le matin (38°,2). Dans ce cas, comme dans les précédents, l'exanthème rosé était présent.

L'importance de ces faits nouveaux est considérable. Il résulte de là que la continuité de la fièvre n'est point

un caractère constant de la fièvre typhoïde vulgaire de notre pays; cette continuité ne doit donc pas être envisagée comme une condition *sine quâ non* du diagnostic; elle représente le type normal et ordinaire de la maladie, mais les déviations de ce type sont nombreuses : intermittences passagères rompant incidemment la continuité; — intermittence persistante à fièvre vespérale, — intermittence persistante à fièvre matinale, voilà tout autant de modifications possibles; si elles sont ignorées, le jugement clinique est exposé à l'erreur dans nombre de cas. Les déviations, dont l'écart avec le type normal va croissant, constituent une série non interrompue entre la forme continue type, et la forme la plus anormale de toutes, la forme apyrétique. — Cette vue générale présente à mon sens un grand intérêt.

Un mot encore et je finis. Notre malade, gravement atteinte dès le début, a été tuée par la parésie du cœur; pourtant sa fièvre a été franchement intermittente, c'est-à-dire que pendant la moitié de la période de vingt-quatre heures, elle échappait à l'influence de la calorification fébrile. Vous voyez par là ce qu'il faut penser de la théorie, qui attribue tous les accidents graves de la fièvre typhoïde, et notamment la défaillance du cœur, à la continuité de l'hyperthermie.