

damina ne sont pas dans un rapport constant avec les sueurs, qu'ils sont parfois dans une proportion inverse. Ajoutons, pour terminer, que l'apparition des sudamina n'est jamais critique, et qu'elle n'a aucune valeur pronostique. Bien que les sudamina se rencontrent chez les quatre cinquièmes au moins des individus, ils sont loin pourtant d'avoir l'importance des taches lenticulaires, parce qu'on les remarque indistinctement dans une foule d'états morbides, mais cependant ils sont infiniment plus communs dans la fièvre typhoïde que dans le cours de toute autre affection.

J'ai dit plus haut qu'indépendamment des éruptions que je viens de décrire, on observait encore vers les téguments d'autres manifestations morbides, telles que des érysipèles, de l'ecthyma, des gangrènes; mais ce sont là, à proprement parler, des complications; il en sera question ultérieurement. (Voy. *Complications.*)

Il n'est pas rare non plus de rencontrer sur le ventre, sur les parois thoraciques, ainsi qu'à la face interne des cuisses et des membres supérieurs, les taches ardoisées dont j'ai parlé précédemment (page 20).

Troisième période. — La troisième période n'a aucun symptôme qui lui soit spécial. On n'observe guère, à cette époque, que les troubles de la période précédente, s'aggravant toujours si la maladie doit avoir une issue funeste; restant stationnaires, puis s'améliorant, si la terminaison doit être favorable. Dans le premier cas on voit l'amaigrissement faire des progrès rapides, les traits s'altèrent davantage, le météorisme est plus considérable; le pouls augmente de fréquence en même temps qu'il perd de sa force; il devient souvent irrégulier; la peau se couvre d'une sueur visqueuse; la respiration s'embarasse; la prostration est telle que le moindre mouvement est devenu impossible; les évacuations se font involontairement; les malades tombent dans le coma et s'éteignent. Beaucoup sont violemment emportés par quelques-unes des complications que nous étudierons bientôt (péritonite, hémorrhagies intestinales, pneumonie).

Si, par contre, la fièvre typhoïde se termine par la guérison, on remarque d'abord une diminution de la stupeur: le malade, longtemps indifférent, semble s'intéresser à ce qui l'entoure, il commence à pouvoir se remuer dans son lit; l'ouïe revient, il n'est pas rare de voir apparaître une otorrhée simple ou double, preuve nouvelle que la surdité dans la fièvre typhoïde est biens moins un accident nerveux que l'effet de lésions inflammatoires dans les diverses parties de l'oreille. Un sommeil calme succède au délire et au coma; la bouche se nettoie, la langue s'humecte, le météorisme diminue, l'appétit renaît; les selles cessent d'être involontaires, la diarrhée disparaît; le pouls perd de sa fréquence, la peau est moins aride et s'humecte souvent d'une douce moiteur. Cette amélioration est progressive, et il est assez rare qu'elle coïncide avec l'apparition de quelques phénomènes manifestement critiques. Quoiqu'il en soit, je pense avec Chomel et Genest que la doctrine hippocratique des jours critiques, appliquée à l'étude des fièvres continues, n'a aucun fondement.

Formes de la fièvre typhoïde. — Les divers symptômes de la fièvre typhoïde que je viens d'énumérer se groupent de différentes manières, quelques-uns peuvent plus ou moins prédominer sous l'influence de certaines conditions individuelles ou extérieures difficiles à apprécier: or cela imprime à la maladie une physionomie spéciale. C'est d'après cette considération qu'ont été établies les diverses formes ou variétés de la fièvre typhoïde. Les principales sont les formes *inflammatoire, bilieuse, muqueuse, adynamique, ataxique et latente.*

1° Forme inflammatoire. — Dans la forme inflammatoire, le pouls offre la

forme et la plénitude qu'on observe dans la fièvre franchement inflammatoire; la chaleur est vive, les téguments sont injectés; l'urine est rouge, rare, la soif intense. Cet état n'est, en général, que momentané, et il est commun de le voir remplacé, après quelques jours de durée, ou à la fin du premier septénaire, par l'appareil symptomatique que nous verrons bientôt caractériser les formes adynamique et ataxique.

2° Forme bilieuse ou gastrique. — Elle est remarquable par la prédominance des symptômes bilieux, tels que bouche amère, langue jaunâtre, nausées, vomissements et teint jaunâtre de la face. On a signalé cette forme comme régissant surtout en automne et pendant l'été. Les fièvres typhoïdes que Tissot observa à Lausanne pendant l'épidémie de 1755 sont des exemples de la forme bilieuse. Cette variété de la maladie n'existe généralement qu'au début; elle offre les mêmes transformations que la fièvre inflammatoire.

3° Forme muqueuse. — On la rencontre, dit-on, chez les sujets affaiblis par une mauvaise alimentation ou habitant des lieux humides et malsains. Dans cette variété de la maladie, la face est pâle, comme bouffie; la langue est blanche, la bouche pâteuse; les selles sont glaireuses; des signes de catarrhe ont lieu du côté de plusieurs muqueuses. Dans l'épidémie de Gœttingue, décrite par Rœderer et Wagler, cette forme paraît avoir existé dans la plupart des cas; les accidents adynamiques lui succèdent fréquemment.

4° Forme adynamique ou putride. — C'est la forme la plus fréquente qu'on observe à Paris. Dans un tiers des cas, elle est primitive (Chomel); d'autres fois elle est consécutive aux formes précédentes. C'est dans cette variété qu'on observe plus spécialement ou à un plus haut degré l'hébétude de la face, la prostration extrême des forces, le coma, la petitesse, la lenteur du pouls, le refroidissement du corps, les déjections fétides, les fuliginosités de la bouche, les hémorrhagies passives et les eschares.

5° Forme ataxique, nerveuse, maligne ou cérébrale. — Dans cette forme de la maladie, on voit surtout prédominer les troubles du côté du système nerveux, tels que le délire dans ses différentes formes, les soubresauts des tendons, la carphologie, les convulsions, la roideur, la perversion des sens. Dans quelques cas la prédominance des troubles nerveux semble se localiser plutôt dans la moelle; de là une hyperesthésie cutanée assez étendue, des douleurs rachialgiques ou bien de l'anesthésie, etc.; mais ces prétendus accidents spinaux sont généralement peu tranchés, ils sont souvent vagues, sujets d'ailleurs à des interprétations différentes, et sont souvent masqués ou dominés par des troubles bien autrement sérieux du côté du cerveau. Il faut rapporter à la forme ataxique la fièvre que Huxham a décrite sous le nom impropre de fièvre *lente nerveuse*, à cause de sa lenteur apparente et de la fausse bénignité de ses symptômes.

Les cinq formes de fièvre typhoïde que je viens d'énumérer comprennent à peu près les diverses espèces de fièvres continues graves admises par les anciens pyrétologistes. Cependant je me hâte de dire qu'il est rare de voir les différentes formes que j'ai reconnues avoir des caractères aussi distincts, aussi tranchés qu'on pourrait le croire d'après les descriptions que j'ai données de chacune d'elles. En effet, ces variétés se combinent communément entre elles; dans beaucoup de cas il est même difficile de se prononcer sur la forme de la maladie: c'est ce qui arrive, par exemple, lorsque les symptômes inflammatoires, bilieux, ataxiques et adynamiques coexistent ensemble sans prédominance d'aucun d'eux. Quoi qu'il en soit, on peut dire avec Forget, que les formes adynamique et ataxique sont les plus fréquentes de toutes, parce

qu'elles sont l'aboutissant commun de toutes les autres, parce qu'elles caractérisent toute fièvre typhoïde confirmée, parce que bien peu de malades succombent sans les avoir offertes.

6° *Forme latente.* — Il est des fièvres typhoïdes dans lesquelles les symptômes sont non-seulement remarquables par leur peu d'intensité, mais encore il en est beaucoup qui manquent ou qui ne sont qu'éphémères. C'est ainsi qu'il est des malades chez lesquels un appareil fébrile continu, de médiocre intensité, et la perte d'appétit, sont à peu près les seuls symptômes qui fixent l'attention du médecin. S'il y a eu de la céphalalgie au début, elle n'a été que passagère et peu intense; le dévoiement est peu abondant ou bien il manque, les malades peuvent même être constipés. Le ventre n'offre aucune intumescence, la rate conserve son volume; il n'y a aucun phénomène cérébral grave; il existe peu de vertiges, peu ou point d'insomnie; enfin la prostration est parfois si modérée, que des malades peuvent se lever et même vaquer à quelques occupations peu fatigantes. C'est à ces cas, qui se présentent fréquemment dans la pratique, qu'on a donné le nom de *fièvres typhoïdes latentes*. — Les malades guérissent presque toujours avant que le diagnostic ait pu être établi sûrement; cependant quelques-uns succombent parfois, par suite d'une aggravation subite dans les symptômes, et plus souvent encore par l'apparition de quelques phénomènes nouveaux, comme une hémorrhagie ou une perforation intestinale, accidents qui donnent au diagnostic, jusqu'alors douteux, une grande certitude.

L'âge modifie-t-il les symptômes de la fièvre typhoïde? — On peut dire d'une manière générale que la fièvre typhoïde est la même à tous les âges de la vie. Cependant il y a quelques symptômes dont la fréquence varie. Ainsi dans le jeune âge les vomissements sont plus communs au début, tandis que les épistaxis sont moins ordinaires et surtout moins abondantes que chez les jeunes gens. Les troubles digestifs sont les mêmes, sauf pourtant qu'on rencontre moins souvent chez les enfants la langue sèche, racornie et fendillée; la rétention d'urine, le délire violent sont aussi chez eux des symptômes moins communs. On dit qu'il en est de même des vertiges et des bourdonnements; il serait possible pourtant que cette rareté ne fût qu'apparente et dépendît uniquement de la difficulté qu'il y a à constater ces signes dans le jeune âge. Les taches rosées sont aussi constantes que dans la fièvre typhoïde des jeunes gens, mais peut-être chez les enfants se montrent-elles un peu plus tôt et ont-elles une marche plus rapide. Enfin il paraît avéré que dans l'enfance la prostration des forces est moins complète et qu'on observe moins souvent plusieurs des complications les plus redoutables que nous étudierons bientôt, c'est-à-dire les perforations, les hémorrhagies intestinales, la gangrène, et même l'érysipèle.

J'ai observé depuis longtemps que la fièvre typhoïde qui se développe après quarante et surtout après cinquante ans, présente des anomalies plus grandes que celles qui ont été remarquées dans le jeune âge. La céphalalgie est généralement moins vive et surtout moins prolongée; les épistaxis manquent, ou bien elles sont très-peu abondantes, elles ne sont formées que par quelques gouttes de sang. Les troubles digestifs, spécialement le météorisme et la diarrhée, sont moins accusés et surtout plus tardifs à se montrer. Il en est de même des taches rosées qui sont communément moins nombreuses. Les troubles cérébraux sont les mêmes que chez les jeunes gens, cependant le délire est rarement violent; il existe plutôt un état de subdélirium ou de la somnolence, et presque toujours on voit prédominer les symptômes qui caractérisent

la forme adynamique. Ajoutons enfin que la fièvre typhoïde qui survient à l'époque de la vie dont je parle affecte une marche moins régulière, et qu'elle a des périodes beaucoup moins bien définies que celle qui frappe des individus âgés de dix-huit à trente ans. C'est là un fait qui n'a pas, je pense, suffisamment fixé l'attention des pathologistes.

Marche de la maladie. — On a vu, par la description que j'ai faite des symptômes, quelle était la marche ordinaire de la fièvre typhoïde. On a pu se convaincre que, comme la plupart des autres affections, elle avait une marche régulière, soit que, s'aggravant sans cesse, elle eût une issue funeste; soit que, parvenue à sa période d'état, elle déclinât ensuite progressivement. Cependant il est des cas où la maladie n'a point une marche aussi simple: quelquefois on la voit, surtout pendant la deuxième période, présenter alternativement des exacerbations et des améliorations subites, mais passagères, qui rendent le pronostic encore plus incertain. La fièvre, dans l'affection typhoïde, est essentiellement continue, pouvant néanmoins offrir, comme la plupart des maladies aiguës, des exacerbations qui ont ordinairement lieu vers le soir. Dans quelques cas, on a vu ces exacerbations survenues régulièrement, être précédées d'un frisson, et suivies de sueurs, comme dans les excès fébriles rémittents; cette périodicité pourtant est généralement peu marquée, et lorsqu'elle existe manifestement, elle est de courte durée. Une périodicité franche se montre plutôt au début de l'affection qu'à une période plus avancée; elle est telle parfois qu'on croit n'avoir à combattre qu'une fièvre intermittente ou rémittente; mais l'impuissance de la quinine et la manifestation de symptômes nouveaux dissipent bien vite les illusions qu'on pouvait avoir.

Durée. — L'affection typhoïde se distingue de la plupart des autres maladies aiguës fébriles par une durée *presque toujours* considérable, du moins relativement, quelque bénins d'ailleurs qu'aient été les symptômes. On dit que des malades sont entrés en convalescence dès le huitième jour; je ne saurais le croire. Je pense que, par suite de quelque erreur de diagnostic, on a regardé comme appartenant à une fièvre typhoïde des accidents dépendants de toute autre affection. La fièvre synoque ou quelque inflammation latente sont les maladies qui ont le plus souvent donné lieu à ces méprises. Quelque bénigne qu'ait été la fièvre typhoïde, la convalescence n'a jamais lieu au plus tôt qu'à la fin du second septénaire: dans les cas un peu graves, la durée moyenne est de vingt-huit à trente-deux jours. Je crois que les deux termes extrêmes dans lesquels la convalescence peut être observée sont douze et quatre-vingt jours. Toutes choses égales d'ailleurs, on peut établir, avec Chomel et Genest, que, de toutes les variétés de la fièvre typhoïde, la forme adynamique est celle dont la durée est la plus considérable.

Convalescence. — La fièvre typhoïde est une des maladies dans lesquelles la convalescence est la plus longue. Celle-ci a presque toujours une durée proportionnée à la gravité de la maladie qui finit. Même lorsque l'affection a été des plus bénignes et qu'elle n'a duré que deux septénaires, on remarque que la faiblesse, l'amaigrissement et la lenteur avec laquelle les fonctions se rétablissent sont sans proportion avec la maladie; c'est l'opposé de ce que nous avons vu pour la fièvre synoque.

Les individus qui relèvent d'une fièvre typhoïde, même quand elle n'a eu qu'une *moyenne intensité*, sont fort amaigris; l'appétit renaît en général très-vite, et la faim se fait sentir d'une manière impérieuse; mais chez beaucoup on voit survenir de temps en temps de la diarrhée, des indigestions, si l'on ne surveille pas attentivement le régime. Quelquefois il y a des vomissements

bilieux qui peuvent devenir opiniâtres et même incoercibles, lorsqu'ils se lient au ramollissement de la muqueuse stomacale. J'ai vu pareil accident chez quelques convalescents. Bien que la fièvre soit tombée à l'époque dont je parle, beaucoup ont encore le pouls fréquent, la peau aride et quelques sueurs pendant la nuit. Divers accidents peuvent en outre survenir et entraver plus ou moins le rétablissement des forces. Ce sont des furoncles ou des abcès multiples analogues à ceux que nous verrons survenir infiniment plus souvent dans la convalescence des varioles. Chez d'autres, c'est un œdème plus ou moins douloureux qui affecte les extrémités inférieures et qui envahit quelquefois, chez les enfants surtout, toute la périphérie du corps (anasarque). On pourrait alors redouter une albuminurie, mais les urines sont seulement anémiques et elles ne précipitent pas de l'albumine lorsqu'on les fait bouillir ou qu'on les traite par l'acide nitrique. C'est donc là une hydropisie analogue à celle qu'on observe sur les sujets cachectiques, et qui se lie à l'altération profonde que le sang a subie dans ses principaux éléments, surtout à la diminution de son albumine, sans que celle-ci ait jamais été à aucune époque éliminée par les reins.

Il est ordinaire qu'après les fièvres typhoïdes graves l'intelligence reste quelque temps paresseuse, et que l'aptitude aux travaux intellectuels soit moindre pour un temps plus ou moins long; mais il n'est pas rare en outre d'observer au début ou dans le cours de la convalescence un dérangement des facultés intellectuelles à forme variable. Les uns ont un délire maniaque; d'autres ont une obtusion telle des idées, qu'ils se rapprochent des déments. Cette folie accidentelle se dissipe en général spontanément, à mesure que les forces reviennent, mais je l'ai vue néanmoins persister depuis quelques semaines jusqu'à plusieurs mois. Chez beaucoup de malades, l'ouïe revient lentement; c'est ce qu'on observe surtout chez ceux qui ont eu un écoulement purulent par l'oreille. L'otorrhée arrive peut-être sur un vingtième des sujets, à une époque assez avancée de la maladie, c'est-à-dire du vingtième au quarantième jour; elle s'accompagne quelquefois de la perforation de la membrane du tympan, comme Menière me l'a fait remarquer plusieurs fois il y a vingt-cinq ans. Dans ce dernier cas, l'ouïe peut rester plus ou moins dure pendant toute la vie. Notons enfin la desquamation de l'épiderme, surtout aux pieds et aux mains, phénomène rare; et surtout la chute plus ou moins complète des cheveux, qui, par contre, arrive presque constamment lorsque la fièvre typhoïde a eu quelque gravité; on la remarque même assez souvent dans la forme bénigne de la maladie. Si ce phénomène est rarement noté dans les hôpitaux, c'est qu'il ne survient guère que deux ou trois mois après la guérison, c'est-à-dire à une époque où les individus ne sont plus soumis à notre observation.

La convalescence peut être entravée par une foule d'affections intercurrentes, mais la fièvre typhoïde ne prédispose particulièrement à aucune d'elles. En raison des perturbations profondes que la maladie apporte à la nutrition, on pourrait craindre que les convalescents de fièvres typhoïdes ne fussent plus exposés à la tuberculisation; il n'en est rien. Si de temps en temps on voit des tubercules naître dans ces conditions et suivre en général alors une marche rapide, on peut affirmer que ce fait est des plus rares, surtout si on le compare avec ce qui a lieu à la suite des rougeoles et des pleurésies.

Suites de la maladie. — Le plus souvent la fièvre typhoïde ne laisse après elle aucune trace, soit favorable, soit fâcheuse. On a pourtant remarqué que quelques individus chétifs jusqu'alors avaient vu leur constitution se fortifier après avoir échappé aux périls de l'affection; d'autre part, j'ai remarqué plu-

sieurs fois que la fièvre typhoïde laissait sur le système nerveux une empreinte fâcheuse: c'est ainsi que chez quelques-uns la mémoire a diminué, d'autres ont une aptitude intellectuelle moindre; ces modifications durables, observées également chez les enfants et chez les adultes, ont été vues spécialement après la forme ataxique.

Rechutes. — La convalescence, après s'être établie, peut être entravée par une rechute. Celle-ci survient tantôt sans cause; le plus souvent elle est provoquée par des imprudences, par des écarts de régime. On voit alors la fièvre renaître, la langue se sécher de nouveau; mais les symptômes abdominaux, surtout la diarrhée et le météorisme, n'ont pas communément l'intensité qu'ils avaient au début. Du côté du système nerveux on peut voir survenir la plupart des troubles signalés plus haut; on voit aussi parfois des taches et plus souvent des sudamina se montrer; mais, en somme, les accidents sont variables, irréguliers, ils n'ont pas une marche déterminée, ni cet ordre de succession qu'on remarque communément dans la première attaque. Si les individus ne sont pas emportés par une complication, on ne trouve souvent à l'autopsie aucune lésion capable d'expliquer les symptômes observés pendant la rechute; les ulcérations intestinales elles-mêmes sont détergées, en voie de cicatrisation et parfois même cicatrisées; les ganglions ont à peu près repris leur volume, ils sont ardoisés, et la rate est petite. Observons cependant que dans quelques cas rares la rechute offre la série régulière d'accidents qu'on observe quand une fièvre typhoïde débute. Les malades ont de nouveau des épistaxis, de la céphalalgie, des râles dans la poitrine, des taches lenticulaires, du météorisme, de la diarrhée; c'est, en quelque sorte, une fièvre typhoïde nouvelle. Aussi, lorsque les individus succombent, trouve-t-on dans l'intestin deux ordres de lésion: les unes anciennes, ce sont des ulcérations en voie de cicatrisation; les autres récentes, c'est-à-dire des plaques et des ganglions tels qu'ils existent dans les deux premiers septénaires de la maladie. En général, la rechute a une durée plus courte que la première attaque, mais elle expose le malade à plus de périls.

Récidives. — Il est aujourd'hui démontré que la fièvre typhoïde, semblable en cela à la variole, à la rougeole et à la scarlatine, n'affecte qu'une seule fois le même individu; elle donne même une immunité plus complète que ces dernières maladies ne le font; il est en effet infiniment plus rare de voir récidiver l'affection typhoïde que les diverses espèces de fièvres éruptives.

Terminaison. — Si la fièvre typhoïde a une issue funeste, la mort arrive rarement avant le septième jour. C'est pendant le deuxième et surtout dans le troisième septénaire que la plupart des malades succombent. Il en est qui luttent pendant soixante à quatre-vingts jours. Les uns meurent par une des complications que nous étudierons plus tard, d'autres par l'aggravation progressive de tous les symptômes. Dans quelques cas la mort est subite, imprévue. Est-elle l'effet d'une syncope? L'autopsie ne peut rendre compte d'une terminaison si brusque. Celle-ci n'arrive d'ailleurs de la sorte qu'à une période avancée.

Complications. — La fièvre typhoïde peut se compliquer de plusieurs accidents. Les plus communs sont: 1° la péritonite, presque toujours consécutive à la perforation de l'intestin; 2° les hémorragies intestinales; 3° les inflammations des voies aériennes; 4° plusieurs phlegmasies externes (érysipèle, ecthyma); 5° l'otite; 6° les parotides; 7° les eschares, accidents qu'on observe surtout dans le deuxième et dans le troisième septénaire.

1° *Péritonite.* — La péritonite est la complication la plus redoutable de la fièvre typhoïde; presque toujours elle est consécutive à la perforation de l'in-

testin. Si des adhérences protectrices ne sont pas organisées préalablement, la perforation permet aux gaz et aux liquides de l'intestin de s'épancher dans le péritoine, d'où la production inévitable d'une péritonite suraiguë. Une douleur subite, parfois assez vive pour arracher des plaintes, marque le début de l'accident. Si la prostration est grande et les sensations obtuses, la péritonite semble alors avoir moins d'acuité et ne se révèle guère que par une douleur pongitive que la palpation du ventre réveille. Circonscrite d'abord vers la fosse iliaque droite ou à l'hypogastre, c'est-à-dire au voisinage des points où la perforation s'est faite, elle ne tarde pas à envahir la plus grande partie de l'abdomen; presque toujours en effet la péritonite consécutive devient générale très-promptement.

Le début de la péritonite par perforation est parfois marqué par un frisson, par un refroidissement du corps avec cyanose des extrémités et de la face. Celle-ci, considérablement amaigrie, porte l'empreinte d'une altération profonde; la voix est parfois diminuée, cassée; le pouls, petit, dépressible, acquiert une fréquence qui dépasse presque toujours 120 ou 130. Des vomissements parfois bilieux ont lieu souvent; le météorisme augmente, et il est commun de voir alors la diarrhée diminuer et même les selles se supprimer tout à fait. Un observateur distingué, M. le professeur Caseneuve (de Lille), a noté aussi en pareil cas la rétention d'urine (1). C'est au milieu de ce cortège de symptômes que la mort arrive; après une lutte qui souvent ne se prolonge que quelques heures, et qui atteint rarement la fin du second jour. C'est tout à fait exceptionnellement qu'un malade de M. Louis a résisté pendant sept jours à des troubles aussi graves.

La perforation intestinale précédée parfois, pendant douze ou vingt-quatre heures, par un redoublement de diarrhée, est un accident qui arrive brusquement. Il se déclare, dans les cas graves comme dans les plus bénins, plus fréquemment peut-être dans ces derniers et dans ceux d'intensité moyenne que dans les autres. Un météorisme considérable, une pression immodérée exercée sur la fosse iliaque pour déterminer le phénomène du gargouillement, une alimentation trop abondante (Caseneuve), peuvent favoriser ou provoquer la perforation; mais en général cet accident formidable survient sans cause appréciable et d'une manière tout à fait imprévue. Il paraît être beaucoup moins commun chez les enfants que chez les jeunes gens et chez les adultes.

J'ai dit que la péritonite qui se déclare dans le cours de la fièvre typhoïde est presque toujours consécutive à une perforation intestinale. Elle peut cependant, mais très-exceptionnellement, survenir sans cette complication, soit d'une manière en apparence spontanée, soit par suite de l'extension du travail phlegmasique de la membrane muqueuse des intestins à leur tunique péritonéale. C'est ce que Thirial a établi dans l'*Union médicale* de l'année 1853. Deux fois, l'intestin étant intact, j'ai vu la phlegmasie péritonéale avoir pour point de départ une lésion non encore décrite de la vésicule biliaire, dont les parois amincies, ténues comme une toile d'araignée et poreuses, avaient permis à la bile de transsuder et de fluer dans le péritoine.

Il n'existe aucun signe certain pour reconnaître le point de départ de la péritonite; vu la fréquence des perforations, c'est presque toujours à cette lésion qu'on devra rattacher les phlegmasies péritonéales qui éclatent tout à coup dans le cours des fièvres typhoïdes.

3° *Hémorrhagies intestinales.* — Des hémorrhagies intestinales ont fréquem-

(1) *Gazette médicale*, année 1847.

ment lieu dans le deuxième et le troisième septénaire de la maladie, c'est-à-dire pendant la période la plus aiguë des ulcérations. La quantité de sang perdu peut osciller depuis quelques grammes jusqu'à plusieurs litres. Nul doute que le sang n'ait le plus communément d'autre origine que l'érosion d'un vaisseau compromis au milieu du travail ulcératif de l'intestin. Cependant il n'y a rien d'impossible que, dans quelques cas, le sang soit seulement exhalé à la surface de la membrane muqueuse. Quoi qu'il en soit, si le sang est versé en abondance dans l'intestin, il est rendu plus ou moins promptement, tantôt encore fluide, tantôt en caillots. Presque toujours il est d'un rouge vineux ou d'un noir plus ou moins foncé, mais très-reconnaissable; il n'en est plus de même lorsque, exhalé en très-petite quantité, il se mélange intimement avec les matières intestinales, car sa présence peut être alors aisément méconnue. Cependant on devra tenir pour suspectes des garde-robes qui, étant noirâtres, laisseront déposer une matière mélanique plus ou moins analogue à de la suie ou à du marc de café. Les symptômes sont en rapport avec la quantité de sang qui est perdue; l'hémorrhagie est-elle abondante, on notera tous les phénomènes qu'on remarque à la suite des hémorrhagies graves; je les ferai connaître plus tard en traitant des hémorrhagies en général.

Les hémorrhagies intestinales sont communément un symptôme grave, car elles sont souvent cause de mort, et quand elles sont insuffisantes pour amener ce résultat, elles augmentent presque toujours la débilité et retardent la convalescence. Contrairement à ce qui arrive pour plusieurs autres exhalations sanguines, on ne voit guère les hémorrhagies intestinales être jamais critiques. Les cas où ces pertes sanguines ont été suivies d'un amendement notable dans les symptômes sont excessivement rares, cela n'arrive d'ailleurs que lorsque l'affection est de moyenne gravité, et lorsque les malades sont peu affaiblis. L'hémorrhagie intestinale est une complication fréquente chez les jeunes gens ainsi que chez l'adulte, tandis qu'elle est très-rare dans la fièvre typhoïde du jeune âge, car avant dix à douze ans elle se montre peut-être à peine une fois sur cinquante, c'est-à-dire trois ou quatre fois moins souvent que chez l'adulte et surtout que chez les jeunes gens.

3° *Entérite.* — L'entérite, complication tout à fait secondaire chez l'adulte, paraît au contraire jouer un rôle important dans la fièvre typhoïde du jeune âge; elle est d'autant plus commune que les enfants se rapprochent davantage de la naissance. Une augmentation des douleurs abdominales, ou de la diarrhée et du météorisme, fait reconnaître cette complication, qui se caractérise anatomiquement par la rougeur et par le ramollissement de la muqueuse du gros et du petit intestin.

4° *Inflammations et congestions des voies aériennes.* — La bronchite capillaire, la pleurésie, la pneumonie et la congestion passive des poumons surtout, sont des complications très-communes de la fièvre typhoïde. J'ai observé l'inflammation des poumons sur le septième des individus. M. Louis l'a vue chez un sixième; cette dernière proportion est à peu près celle qu'on observe pour les enfants. J'exposerai plus tard les signes auxquels on reconnaîtra cette grave complication. Disons seulement ici que la pneumonie est souvent latente, les crachats caractéristiques manquent presque toujours, ainsi que la douleur de côté, et les phénomènes d'auscultation sont souvent masqués par les râles bruyants de la bronchite. Rappelons enfin que plus souvent encore le poumon est plutôt congestionné que réellement enflammé; il est plutôt splénisé qu'hépatisé. Une obscurité du son dans une étendue plus ou moins considérable de l'un et de l'autre poumon, s'étendant de bas en haut quelques râles muqueux

et sous-crépitaux, des crachats rares, visqueux, parfois salis d'un peu de sang, une oppression plus ou moins grande, des accidents asphyxiques survenant promptement lorsque la lésion envahit la majeure partie des deux poumons à la fois, tels sont les symptômes qui feront reconnaître un des accidents les plus redoutables de la maladie. La pneumonie et la pleurésie sont des complications rares au début, elles n'arrivent guère que dans le second ou le troisième septénaire et même plus tard; il n'en est pas de même de la bronchite capillaire, qui peut, dès les premiers jours, compromettre le salut des malades et masquer même le caractère de la maladie principale.

5° *Phlegmasies cutanées.* — Il en est deux qui peuvent être considérées comme de véritables complications : ce sont l'ecthyma et l'érysipèle.

L'ecthyma se développe sur les fesses, à la partie postérieure des cuisses et du tronc, régions irritées par le décubitus, ainsi que par le contact des urines et des matières diarrhéiques. Il n'y a parfois que quelques pustules disséminées, d'autres fois elles sont nombreuses; j'en ai compté, dans certains cas, plusieurs centaines. La plupart se dessèchent, mais beaucoup aussi peuvent devenir l'origine d'ulcérations douloureuses et dont la cicatrisation s'opère lentement; ou bien encore on voit assez souvent la phlegmasie gagner le tissu cellulaire et donner lieu à un petit abcès fort circonscrit que la moindre pression suffit pour vider et qui guérit promptement. (Voyez l'article *Ecthyma*.) L'ecthyma se développe communément dans le cours du deuxième ou du troisième septénaire; il en est de même de l'érysipèle. Celui-ci occupe presque toujours la face; il est ordinairement circonscrit à une ou deux régions, il peut même rester borné au nez, et, sous le rapport de la rougeur et du gonflement, il est loin d'offrir l'acuité de l'érysipèle qui survient primitivement chez des sujets bien portants. Cependant cette bénignité apparente de l'érysipèle qui se déclare dans les conditions dont je parle est du plus fâcheux augure, car on voit succomber près de la moitié des malades qui en sont atteints.

6° *Otite.* — L'otite est un accident très-commun, c'est ce que nous avons précédemment établi. L'écoulement par le conduit auditif, qu'il y ait ou non perforation de la membrane du tympan, se rencontre plus souvent chez les jeunes sujets : on l'a noté, en effet, sur un dixième des enfants. Cette complication ne compromet jamais la vie, mais nous avons vu qu'elle peut laisser après elle une surdité durable.

7° *Parotides.* — Les parotides sont des complications rares à tous les âges, et qu'on ne peut considérer comme des mouvements critiques favorables que dans la très-minime partie des cas. En effet, l'inflammation de la parotide est une maladie qui n'est pas sans péril. Beaucoup de ceux qui en sont atteints succombent aux désordres qui peuvent en être la suite. (Voyez, dans la classe des inflammations, l'article *Parotides*.)

8° *Eschares.* — De toutes les maladies aiguës, la fièvre typhoïde est celle dans laquelle on observe le plus souvent des ulcérations et des eschares aux téguments. Cette complication surviendrait, d'après M. Louis, chez un sixième des individus environ. Elle est aujourd'hui beaucoup plus rare. Cela dépend-il du traitement généralement usité, ou d'une de ces modifications spontanées que toutes les maladies présentent et qui font que le même accident est commun ou plus rare à certaines époques? Il est avéré pour moi qu'on voyait, il y a vingt ans, beaucoup plus d'eschares qu'aujourd'hui. La mortification dont je parle se forme spécialement sur les parties qui supportent le poids du corps, telles que le sacrum et les fesses, surtout dans les rainures qui les séparent des cuisses; on en voit encore fréquemment sur les trochanters, sur les talons,

aux coudes et même sur l'occiput. Quelquefois la désorganisation frappe les surfaces des plaies artificielles, telles que vésicatoires, piqûres de sangsues, ou bien encore les points qui ont été momentanément irrités par des cataplasmes sinapisés. J'ai vu une stomatite provoquée par le calomel donner lieu à une gangrène qui envahit en quelques jours les gencives et les parois buccales. La mortification des parties extérieures peut arriver spontanément, sans cause appréciable : c'est ainsi que j'ai vu survenir le sphacèle de la peau de la cuisse, du scrotum, du pied et de la lèvre inférieure. On a même observé la mortification d'un membre tout entier. M. Bourgeois peut-être et M. Patry (de Sainte-Maure) ont cité quelques faits de ce genre. Il est probable que lorsque la gangrène est aussi étendue, elle doit avoir pour point de départ une altération produisant l'oblitération de l'artère (1).

La complication dont je parle est toujours chose fâcheuse, car elle indique un état grave de l'économie. Ajoutons que la gangrène peut devenir par elle-même une cause de mort; car lorsque les eschares se séparent, beaucoup de malades succombent par suite de l'abondance de la suppuration, ou parce que l'organisme affaibli ne peut faire les frais de la cicatrisation. Ce grave accident se rencontre, dit-on, près de deux fois plus souvent chez l'adulte que chez l'enfant.

Diagnostic différentiel. — Parmi les nombreux symptômes qu'on observe dans la fièvre typhoïde, il n'y en a aucun qui soit pathognomonique; de sorte que, pour arriver au diagnostic de la maladie, il faut la réunion ou l'ensemble d'un certain nombre de symptômes généraux et locaux. Il existe surtout quelques phénomènes qui ont une grande importance, parce qu'on les observe rarement dans le cours des autres maladies aiguës, et que, lorsqu'ils se montrent dans celles-ci, ils sont beaucoup moins marqués que dans la fièvre typhoïde. C'est la céphalalgie intense et continue, ce sont les épistaxis, les taches lenticulaires, les sudamina, les eschares, le météorisme, le gargouillement dans la fosse iliaque droite, les hémorrhagies intestinales, l'augmentation de volume de la rate, la stupeur, le délire, l'assoupissement ou l'insomnie, la contracture et les soubresauts, une débilité très-grande enfin, souvent disproportionnée avec les autres symptômes ainsi qu'avec la durée de la maladie. C'est la réunion de ces divers troubles ou du moins leur présence en plus ou moins grand nombre qui pourra révéler l'existence d'une fièvre typhoïde.

Dans beaucoup de cas pourtant le diagnostic présente plus ou moins de difficultés : ainsi, dès le début de l'affection, lorsqu'il n'y a que de la céphalalgie, de la fièvre, de l'anorexie, de la soif, de la diarrhée et de la faiblesse, il est impossible de dire si c'est une fièvre typhoïde qui commence plutôt qu'une autre maladie aiguë. Il est, en effet, plusieurs affections qui présentent beaucoup de ressemblance avec la fièvre typhoïde : tels sont, en particulier, les fièvres éruptives, surtout la variole dans sa période prodromique, l'embarras gastrique avec fièvre, les affections catarrhales peu intenses, la fièvre inflammatoire, enfin beaucoup de phlegmasies viscérales; de sorte que, pour préciser le diagnostic, on est souvent obligé d'attendre la manifestation d'autres symptômes, tels que le météorisme, le gonflement de la rate, les taches, etc. Cependant, si dans ces cas douteux la faiblesse est déjà très-grande, s'il y a une insomnie persistante, des bourdonnements d'oreilles et des vertiges, si la langue tend à se dessécher, on devra plutôt *incliner* vers l'existence d'une fièvre typhoïde.

Suivant Delaroque, au contraire, le diagnostic de la fièvre typhoïde pourrait toujours être établi dès le début avec certitude, parce que, suivant lui, on

(1) *Archives générales de médecine*, année 1853.