

et dont on se fait difficilement une idée si on ne l'a vu soi-même; elles pénètrent les vêtements, les couvertures, les matelas, comme si l'on avait trempé tous ces objets dans de l'eau, et lorsqu'on découvre le malade, il se dégage du lit une vapeur aussi dense que celle qui pourrait s'échapper d'une chaudière en ébullition. On a prétendu que ces sueurs exhalaient une odeur fétide, méphitique, que l'on a comparée à celle de la paille pourrie; je n'ai rien noté de semblable à Poitiers: la sueur n'exhale une odeur fétide qu'exceptionnellement, probablement lorsqu'on néglige tous les soins de propreté.

A cette époque de la maladie, la face est toujours injectée, la soif plus ou moins vive, mais rarement proportionnée à l'abondance des sueurs; la langue est blanche, l'urine rare, rouge; il y a parfois de la dysurie et presque toujours de la constipation. Le pouls est ample, d'une fréquence modérée (80 pulsations); cependant, chez quelques malades, la réaction fébrile est plus grande, le pouls atteint 120 pulsations, et la chaleur est plus vive. Les symptômes que je viens d'indiquer persistent à peu près les mêmes pendant deux, trois ou quatre jours, souvent ils offrent une ou deux exacerbations quotidiennes; mais celles-ci n'ont ordinairement rien de régulier dans leur retour. Du deuxième au troisième jour, le plus souvent pendant la nuit, et au milieu d'un des paroxysmes fébriles dont je parle, les malades accusent des picotements violents sur tout le corps, spécialement dans le dos; d'autres ressentent dans ces parties un prurit incommode; beaucoup se plaignent d'un sentiment de gêne, d'engourdissement, de roideur dans les membres, surtout dans les mains, comme nous l'avons vu dans la scarlatine: c'est au milieu de cet ensemble de symptômes qu'une éruption toute spéciale apparaît.

Celle-ci se montre sous deux formes principales: le plus souvent on voit naître une multitude de petites taches irrégulières, ayant à peu près la même nuance que les taches de la rougeole, disparaissant comme elles par la pression du doigt, et offrant à leur centre un point saillant et dur formé par une petite vésicule remplie d'un liquide transparent. Ces vésicules, moitié plus petites qu'un grain de mil, sont appréciables à la vue; mais il faut parfois, tant elles sont petites, s'armer d'une loupe afin de les découvrir. Dans quelques cas pourtant, même avec cet instrument, on ne distingue aucun point vésiculeux, les saillies sont alors constituées par de petits boutons durs, par de véritables papules; celles-ci n'existent jamais que sur quelques points circonscrits; tôt ou tard elles se transforment en vésicules. Telle est l'éruption que l'on nomme *miliaire rouge*. Une autre forme d'éruption, qui existe rarement seule, est constituée, comme la précédente, par des vésicules diaphanes; elle ne s'accompagne pas de rougeur des téguments, elle ressemble tout à fait aux sudamina, et ne se distingue de ces derniers que parce qu'elle est beaucoup plus résistante, et qu'elle ne se laisse pas écraser comme eux par la plus légère pression du doigt: c'est la *miliaire blanche*. Quelle que soit sa forme, l'éruption miliaire commence ordinairement sur la face antérieure de la poitrine, puis on la voit dans le dos, à la partie antérieure des avant-bras et sur le reste des membres; elle respecte presque toujours la figure, du moins c'est ce que j'ai constaté à Poitiers; elle se montre dans tous ces points plus ou moins abondante; sa confluence est telle parfois, qu'on peut à peine saisir l'interstice qui sépare chacune des vésicules; lorsqu'il en est ainsi, la peau offre une couleur rouge uniforme ou par larges plaques; elle a un aspect inégal et chagriné qu'on distingue très-bien en promenant les doigts à sa surface. L'éruption n'a pas lieu simultanément partout; en général, il se fait plusieurs éruptions successives, à douze ou vingt-quatre heures de distance les unes des autres; elles sont toutes

marquées par un redoublement dans les sueurs, dans l'oppression et dans l'angoisse épigastrique.

L'éruption une fois complète, on voit les sueurs diminuer, souvent même il n'y a plus que de la moiteur; la fièvre persiste en général au même degré; la constriction épigastrique et l'oppression reviennent encore de temps en temps, mais la céphalalgie cesse. Vers le troisième jour de l'éruption, le liquide contenu dans les vésicules devient opalin. Celles-ci se rident et s'affaissent, la rougeur des téguments pâlit et s'éteint, la fièvre tombe, l'oppression ne se renouvelle plus, et vers le sixième, ou le septième jour de l'éruption, la desquamation commence. Elle a lieu ordinairement par petites écailles furfuracées, quelquefois par larges plaques comme dans la scarlatine. Elle est lente à se terminer; nous l'avons vue se prolonger pendant six ou sept semaines, ce qui dépend sans doute en grande partie de ce que, pendant la desquamation, et même à une époque où la convalescence est déjà avancée, de petites éruptions partielles ont encore lieu sur le tronc et sur les membres. Celles-ci, arrivant aussi tardivement, ne sont guère annoncées que par quelques sueurs, mais elles ne s'accompagnent plus, comme les premières, ni de fièvres ni de constriction thoracique.

On voit, par ce qui précède, qu'il serait possible d'établir dans l'étude de la suette les mêmes divisions que dans les autres fièvres éruptives, c'est-à-dire qu'on pourrait admettre, comme dans celles-ci, une période d'invasion durant ordinairement de deux à quatre jours, et une période d'éruption. Mais dans la suette, ce sont des éruptions successives et en nombre qui n'a rien de fixe; elles cessent, en général, après quatre, cinq ou six jours, pour être remplacées par une période de desquamation dont la durée est illimitée.

Cependant la suette ne suit pas toujours une marche aussi régulière, et elle ne se présente pas constamment avec la même physionomie. On voit dans toutes les épidémies, et nous-mêmes avons rencontré à Poitiers des cas d'une bénignité extrême, et d'autres qui sont d'une gravité excessive. J'ai vu des individus qui, pris sans cause d'une sueur abondante, présentaient ensuite une éruption miliaire discrète, bornée à quelques points du corps, et cela presque sans fièvre, sans céphalalgie ni constriction épigastrique; de sorte qu'en trois ou quatre jours ces malades étaient guéris; quelques-uns même n'ont pas été obligés d'interrompre leurs occupations. De pareils cas sont rares; il est beaucoup plus commun de voir la maladie revêtir un caractère fâcheux, tantôt dès le début, le plus souvent à une période plus ou moins avancée. En général, la gravité du mal tient à la prédominance des accidents nerveux; la céphalalgie peut être atroce, ou bien il y a du délire ou du coma, des convulsions, des contractures, des soubresauts et des syncopes. Les malades accusent surtout de l'épigastrie et de la constriction thoracique; ils sont souvent alors dans un état de suffocation imminente. Dans ces cas, l'anxiété est extrême, le pouls prend une grande fréquence, les traits se décomposent; pour peu que cet état se prolonge, ou que les accès d'oppression se rapprochent, la mort ne tarde pas à arriver: il en est qui sont comme sidérés, ils meurent tout à coup, sans agonie, après un léger délire, ainsi que nous l'avons noté dans la scarlatine. Il est des individus, enfin, chez lesquels le caractère grave de la maladie se révèle bien moins par la prédominance d'un seul symptôme que par un ensemble d'accidents fâcheux: le pouls s'accélère et faiblit, les sueurs se suppriment, la peau devient aride et brûlante, l'éruption pâlit et s'affaisse, la langue se dessèche; il survient enfin un état de subdélirium, qui, dans certaines épidémies, était un présage presque certain d'une mort prochaine.

J'ai dit précédemment que dans la suette on observait communément plusieurs éruptions successives, et que chacune d'elles était marquée par une augmentation dans la fièvre et dans la constriction thoracique. Ces accès n'ont communément rien de régulier, mais dans certaines épidémies ils se sont reproduits assez périodiquement pour donner à la maladie une physionomie spéciale, et devenir la source d'une indication précise : c'est la forme *rémittente*.

La suette, à l'instar des autres fièvres éruptives, suit parfois une marche plus ou moins anormale. On a dit que l'éruption pouvait manquer tout à fait; c'est ce qui arrive dans ces suettes à marche rapide, foudroyante, qui se terminent prématurément. Plus souvent, on voit des cas où les sueurs sont peu marquées, et même font complètement défaut; la peau est alors aride, ou bien il n'existe qu'un peu de moiteur. Cette absence des sueurs se rencontre peut-être plus rarement dans les cas graves que dans les cas bénins.

Durée. — La durée de la suette est très-variable. Quelquefois les diverses périodes se succèdent si rapidement, qu'en trois ou quatre jours les individus sont en pleine convalescence; ailleurs, au contraire, les accidents se prolongent pendant deux septénaires. La durée moyenne pour les cas bénins est de sept ou huit jours, et de quatorze à seize pour les cas graves qui guérissent. La mort arrive le plus souvent du troisième au quatrième jour; cependant quelquefois la terminaison funeste a lieu après douze ou quatorze, tandis que d'autres malades, comme foudroyés, périssent après quarante-huit, vingt-quatre, douze, six et même trois heures. M. Parrot a vu des cas semblables pendant l'épidémie de Périgueux.

Convalescence. — La convalescence dans la suette est presque toujours assez longue et plus ou moins pénible. Les individus restent pendant assez longtemps faibles, anémiés; ils sont plus ou moins amaigris, ils éprouvent des vertiges et de l'insomnie. Quelques-uns ont des rechutes caractérisées par du malaise, par un peu de fièvre, par des sueurs, ou seulement par de la moiteur et par une éruption miliaire partielle. Ces symptômes ont généralement une durée assez courte et sont surtout exempts de tout péril.

Diagnostic. — Au commencement de beaucoup d'épidémies, la suette a été méconnue et confondue avec une rougeole et surtout avec une scarlatine anormale. Le diagnostic pourtant n'offre aucune difficulté, car la constriction épigastrique, les sueurs excessives et l'éruption miliaire la caractérisent déjà suffisamment et la font distinguer de toute autre affection. Elle diffère, en outre, de la rougeole parce qu'elle n'est ni précédée ni accompagnée de larmolement, de coryza ni de catarrhe bronchique. Les deux éruptions diffèrent aussi beaucoup entre elles : si dans les deux cas il y a des taches irrégulières, celles-ci sont simples dans la rougeole, tandis que dans la suette on trouve à leur centre un point vésiculeux ou papuleux. Le diagnostic d'avec la scarlatine, même quand elle se complique de miliaire, n'est pas moins facile, car dans la suette on ne voit ni l'angine, ni cette coloration rouge framboisée que la bouche et le pharynx présentent. Si l'on compare les deux éruptions, on ne trouve pas, dans celle de la suette, la coloration d'un rouge vif et la régularité qu'on observe dans la scarlatine, soit que l'éruption existe uniformément ou par larges plaques, ou bien sous forme d'un granit très-confluent. Il est inutile, je pense, de parler du diagnostic de la suette d'avec la variole; car une confusion entre ces deux maladies est impossible.

Je ne rechercherai pas ici en quoi la suette diffère de la fièvre qu'on a appelée *miliaire*, et dont les médecins ont tant parlé dans la seconde moitié du dernier siècle, car il est actuellement prouvé que sous cette dénomination on

confondait toutes les maladies aiguës et même chroniques dans le cours desquelles survenait une éruption de sudamina. L'éruption miliaire était toujours recherchée avec le plus grand soin par nos devanciers; et toutes les fois qu'ils en constataient l'existence, ils en faisaient le symptôme essentiel et prédominant, tandis que ce n'était qu'un épiphénomène presque sans importance. J'établis donc en principe que la suette miliaire telle que la comprenaient les médecins d'autrefois, n'existe pas. Pour se convaincre de la vérité de ce que je dis, on n'a qu'à lire le traité de Gastellier.

Pronostic. — Le pronostic varie beaucoup dans les diverses épidémies, et suivant que la maladie affecte une forme bénigne ou maligne. Cependant il faut savoir que la suette est une maladie des plus perfides. Aussitôt qu'elle est bien caractérisée, il faut rester toujours sur le qui-vive; ne pas hasarder un pronostic, même dans les cas en apparence les plus bénins; car on a vu maintes fois, notamment à Périgueux et à Poitiers, succomber en quelques heures des malades dont l'état n'inspirait aucune inquiétude. La fréquence du pouls, l'aridité de la peau, l'affaissement de l'éruption, les pressentiments sinistres, sont des signes toujours fâcheux. Le pronostic est également grave lorsque les accès de constriction thoracique ont une durée longue et qu'ils se succèdent à de courts intervalles; le délire enfin, les convulsions, les syncopes, sont tout autant d'accidents qui annoncent une issue promptement funeste. Dans beaucoup d'épidémies, une constitution forte a été une circonstance plutôt aggravante que favorable; on a vu aussi quelquefois la maladie offrir plus de gravité tantôt sur l'un, tantôt sur l'autre sexe. Quant à l'âge, il n'y a rien de constant; car, suivant les épidémies, on voit la maladie faire un plus grand nombre de victimes, tantôt d'un âge, tantôt d'un autre. En somme, la mortalité est plus ou moins forte; si dans les temps ordinaires elle peut n'être que d'un vingtième ou d'un vingt-cinquième, d'autres fois elle emporte le sixième ou même le cinquième des individus. C'est ce qui a eu lieu, par exemple, dans l'épidémie de Poitiers.

Étiologie. — On ne sait rien sur la cause qui engendre les épidémies de suette miliaire; peut-être les localités humides et ombragées favorisent-elles leur développement. La maladie atteint tous les âges; elle semble pourtant plus fréquente chez les adultes. Dans quelques épidémies les enfants sont respectés : c'est ce que j'ai vu à Poitiers. M. Parrot a noté la même particularité à Périgueux. Suivant les épidémies, on voit aussi tantôt les deux sexes également atteints, tantôt au contraire la maladie prédominer chez l'homme ou chez la femme. Une constitution forte est souvent une prédisposition à contracter la suette. Dans quelques cas celle-ci sévit surtout sur les pauvres; d'autres fois elle les respecte pour ne frapper que des individus de la classe riche ou aisée, comme je l'ai noté à Poitiers. La suette s'est montrée dans les localités les plus diverses et à la suite de conditions météorologiques si dissemblables, qu'il est impossible de trouver dans ces circonstances la cause véritable de la maladie. La cause vraiment productrice nous échappe. On a dit que la suette était contagieuse à la manière de la rougeole et de la scarlatine; mais ce fait n'a pu être encore démontré. La maladie peut affecter plusieurs fois le même individu, soit à un intervalle de quelques mois, soit au bout d'un plus ou moins grand nombre d'années.

Traitement. — Je disais dans la première édition de ce livre que d'après plusieurs relations d'épidémies de suette miliaire que j'avais consultées, il me semblait que la saignée générale devait être rarement indiquée, et qu'elle était souvent nuisible. J'ai trouvé, en observant l'épidémie de Poitiers, la confirmation de cette idée émise *a priori*. Les saignées générales ne conviennent en effet

qu'exceptionnellement et lorsque le pouls est large et dur ; les saignées locales, surtout à la base du crâne, sont quelquefois utiles pour remédier à la céphalalgie chez les sujets pléthoriques. Cependant l'indication de leur emploi se présente fort rarement. La constriction thoracique, l'oppression, sont les accidents qui préoccupent le plus le médecin : les agents les plus efficaces pour les modérer sont les révulsifs (sinapismes et vésicatoires) appliqués sur les extrémités inférieures. M. Gaillard signale aussi, comme particulièrement efficaces contre l'oppression, les frictions faites avec un mélange de térébenthine et d'ammoniaque. On obtient aussi de bons effets de l'emploi de l'ipéca ou d'un émétocathartique ; ce dernier a souvent réussi à Poitiers, tandis qu'on voyait échouer l'opium et les antispasmodiques, qu'on préférerait d'abord en raison de la nature toute nerveuse des accidents.

Les émétiques sembleraient devoir être d'un emploi plus restreint que les évacuants intestinaux dans le traitement de la suette. Ceux-ci, en effet, en raison de la constipation, qui est un phénomène presque constant dans la suette, conviennent dans presque tous les cas, soit qu'on les administre en lavements, soit qu'on les donne par la bouche, ce qui est préférable. Le moment le plus opportun pour les employer, c'est de les donner après que l'éruption s'est faite. Les vomitifs, par contre, sont avantageusement administrés dès le début. On voit que nous nous montrons partisan de la méthode évacuante ; son utilité a été de nouveau reconnue dans quelques épidémies de suette qui ont sévi dans ces dernières années. Foucart a particulièrement insisté sur les avantages de l'administration de l'ipécaouanha dans toutes les formes et à toutes les périodes de la suette. Ayant traité de la sorte, en 1849, un millier de malades et n'en ayant perdu aucun, il crut que la racine du Brésil avait une vertu souveraine. Je pense que ce précieux médicament n'a rien qui soit ici spécifique, et bien qu'il se soit montré efficace dans une épidémie, rien n'empêche qu'il n'échoue dans une autre : c'est là l'histoire de toutes les médications exclusives. Cependant Foucart n'en a pas moins rendu un véritable service en employant l'ipéca avec plus de résolution qu'on n'avait fait et en démêlant avec sagacité le génie spécial de l'épidémie qu'il était appelé à combattre.

Il arrive souvent, à certaines époques des suettes graves, qu'il y a indication de recourir à l'administration des toniques et des excitants. Ces médicaments conviendront en effet toutes les fois que les forces sont prostrées, que la chaleur s'éteint, que l'éruption pâlit et s'affaisse.

La suette a quelquefois une marche rémittente et un caractère pernicieux : c'est ce que M. Parrot a parfaitement établi. Dans ce cas, on peut enrayer la maladie, la faire avorter au quatrième ou cinquième jour en administrant le sulfate de quinine à la dose de 1 ou de 2 grammes. Cependant cette méthode, préconisée par le médecin de Périgueux, est loin d'être applicable à tous les cas, et à plus forte raison à toutes les épidémies ; on sait du reste qu'à Poitiers elle a échoué, comme dans la plupart des épidémies survenues en France depuis une quinzaine d'années.

Les individus atteints de suette seront mis à l'usage d'une tisane douce, tempérante, qu'ils boivent fiède ou mieux encore à la température de la chambre. Ils observeront la diète et le repos au lit. On évitera de lessurcharger de couvertures, afin de ne pas exciter les sueurs ; on ne les couvrira que juste pour les empêcher d'avoir froid. On devra, toutes les fois qu'il sera nécessaire, les changer de linge et même de lit, en prenant toutes les précautions usitées en pareil cas pour prévenir un refroidissement ; l'air de l'appartement sera renouvelé. Dans les campagnes, ces principes trouvent des

contradicteurs dans le peuple, et même quelques médecins, regardant l'éruption et les sueurs comme critiques, sont dans l'habitude de surcharger les malades de couvertures, ils les calfeutrent dans des lits entourés d'épais rideaux ; ils leur administrent des boissons chaudes, aromatiques et tous les excitants diffusibles : c'est là le comble de la déraison. M. Loreau, un des premiers, s'est élevé avec beaucoup de force contre une pratique aussi dangereuse ; à l'imitation de Fouquet et de Pujol, regardant l'éruption comme chose mauvaise, il cherche à la prévenir et conseille dans ce but, non-seulement de changer de linge aussitôt qu'il est mouillé et de ventiler l'appartement, mais il joint encore à ces moyens les lotions sur le corps avec des liquides aromatiques excitants, tels que l'eau de lavande, l'eau-de-vie camphrée, l'ammoniaque liquide largement étendue ; enfin, il insiste sur les évacuants intestinaux. Cette méthode, qu'on aurait tort de regarder comme irrationnelle, mérite d'être expérimentée.

En résumé, on ne peut opposer à la suette une méthode uniforme de traitement. Il est des cas tellement simples, qu'ils guérissent par le repos et par des soins hygiéniques ; mais il en est qui sont si graves, qu'il devient nécessaire de recourir à des moyens énergiques ; on variera ceux-ci, ou on les combinera entre eux suivant le génie de la maladie et la nature des symptômes qui prédominent.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA NATURE DES FIÈVRES ÉRUPTIVES

Pinel avait méconnu la véritable nature des fièvres éruptives lorsque, dans sa nosographie, il classait ces maladies parmi les phlegmasies cutanées. Il est pourtant très-facile de prouver que l'inflammation de la peau ne constitue qu'un caractère accidentel, purement secondaire, et qu'il est impossible d'en faire le point de départ de la fièvre et de tous les accidents qu'on observe. Comment, en effet, rapporter à une maladie de la peau, qui n'existe point encore, ces troubles généraux souvent assez graves, persistant pendant plusieurs jours, et offrant des caractères si distincts suivant l'éruption qui doit avoir lieu ? Comment même expliquer la pyrexie par la maladie cutanée une fois développée, lorsque nous voyons le mouvement fébrile diminuer et même quelquefois s'éteindre tout à fait, du moins momentanément, après que l'éruption s'est effectuée ? C'est ce qu'on remarque notamment dans presque tous les cas de variole. Ajoutons aussi que si les symptômes qu'on observe, si la gravité de la maladie dépendait de la lésion des téguments, nul doute qu'il ne dût exister un rapport exact entre l'intensité des symptômes et l'étendue des altérations. Or c'est ce qui n'a pas lieu, à beaucoup près, dans tous les cas. Il n'est pas très-rare, en effet, surtout en temps d'épidémie, de voir des varioles discrètes se terminer d'une manière funeste ; plus souvent encore on rencontre des rougeoles et surtout des scarlatines mortelles, quoique l'éruption soit bornée à une partie très-circonscrite des téguments et quoiqu'elle n'ait qu'une durée très-éphémère. Enfin, si, comme on le dit, il existait des rougeoles et des scarlatines sans éruption, cette circonstance indiquerait nettement que l'affection cutanée ne constitue dans ces maladies qu'un symptôme fort accessoire sans doute, mais nécessaire pourtant pour diagnostiquer sûrement la maladie. Rappelons toutefois que j'ai contesté ce fait ; et ajoutons en terminant, que l'éruption (et nous entendons parler surtout ici de celle de la variole), quand elle est très-intense, peut déterminer à son tour des accidents de réaction comme en produisent toutes les inflammations qui ont une grande étendue.

Ces phlegmasies cutanées, qui sont la conséquence d'une cause générale,

probablement d'une infection du sang, différent des phlegmasies franches et primitives par plusieurs caractères : 1° Elles se montrent successivement ou simultanément sur toute ou presque toute la périphérie du corps ; 2° il est impossible de les produire artificiellement, et elles reconnaissent toujours une cause spécifique ; 3° les agents thérapeutiques, tels que les antiphlogistiques et les contre-stimulants, qui ont une si grande efficacité pour modérer et combattre les inflammations ordinaires, sont sans influence sur celles dont nous parlons. Elles ont, en effet, une marche invariable, une durée qui est presque toujours la même et un même mode de terminaison. C'est ainsi que la variole se termine toujours par suppuration, la scarlatine et la miliaire par desquamation, et qu'il en est souvent de même pour la rougeole.

Par ce qui précède, on voit que nous avons eu raison de placer les maladies éruptives dans la classe des fièvres ; car, nous le redisons encore, ce sont des maladies qui ne reconnaissent aucune affection locale primitive. Les recherches importantes entreprises par MM. Andral et Gavarret sur les altérations du sang justifient d'ailleurs la place que nous assignons aux fièvres éruptives dans notre cadre nosologique. Ces observateurs ont en effet démontré que le sang, dans ces maladies, présente les altérations qu'on trouve dans les autres pyrexies, c'est-à-dire qu'il n'y a jamais augmentation de la fibrine comme dans les phlegmasies ; le plus ordinairement la quantité de ce principe reste normale ; parfois elle diminue très-sensiblement, surtout à la période d'éruption ; les globules conservent leur chiffre normal ; le sang enfin ne présente jamais de couenne, si ce n'est lorsqu'il existe quelque complication phlegmasique. Ainsi, dans la variole, lorsque l'éruption est très-confluente, et surtout lorsque des collections purulentes existent sous la peau ou dans quelque organe, on peut trouver une couenne à la surface du caillot ; mais cette couenne est molle, gélatineuse, et diffère beaucoup de celle qui se montre dans les cas de phlegmasies franches. MM. Becquerel et Rodier sont arrivés à peu près aux mêmes conclusions.

Les fièvres éruptives peuvent, sans contredit, succéder les unes aux autres, mais peuvent-elles se développer simultanément sur la même personne ? j'ai exprimé plusieurs fois déjà mes doutes à cet égard.

TROISIÈME GENRE DE FIÈVRES

DES FIÈVRES INTERMITTENTES

SYNONYMIE. — Fièvres d'accès ; de marais, périodiques.

On donne le nom de *fièvre intermittente* à une affection fébrile dont les symptômes cessent et se reproduisent à des intervalles rapprochés, à peu près égaux, entre lesquels existe une apyrexie complète.

Chaque accès de fièvre intermittente se partage en trois temps que l'on nomme *stades* ou *périodes*, et qu'on distingue par leur ordre numérique, ou mieux encore par la dénomination de stade du *frisson* ou du *froid*, de la *chaleur* et de la *sueur*, phénomènes qui, dans les accès réguliers, se succèdent toujours dans cet ordre. La période de calme, ou l'espace de temps qui sépare les accès, se nomme *apyrexie* ou *intermission* ; les jours qui séparent les accès sont dits *intercalaires*, et l'on appelle *paroxystiques* ceux pendant lesquels ils reparaissent. Enfin, le *type* est l'ordre suivant lequel les accès reviennent, se correspondent et s'enchaînent.

On a admis plusieurs espèces, les principales sont les types *quotidien*, *tierce* et *quarte*. Dans le premier, les accès ont lieu tous les jours et sont tous semblables entre eux pour la durée, la violence et les principaux symptômes qui les accompagnent ; dans le type *tierce*, les accès se renouvellent tous les deux jours, c'est à-dire qu'ils reviennent et disparaissent chaque troisième jour, de manière qu'entre deux accès il y a un jour de complète apyrexie ; enfin, dans le type *quarte*, les accès ont lieu chaque quatrième jour, ou, si l'on veut, de trois en trois jours : ils sont séparés les uns des autres par deux jours d'apyrexie.

Ces trois types offrent quelques variétés ayant reçu des noms particuliers qu'il importe de connaître. On nomme *double-quotidienne* la fièvre qui présente deux accès par jour ; *double-tierce*, celle qui a un accès tous les jours, mais avec cette circonstance remarquable que les accès des jours pairs (du *deuxième* et du *quatrième*) se correspondent pour la durée et l'intensité, et que la même corrélation existe pour les accès des jours impairs (*premier* et *troisième*). Le type *double-quarte* présente un accès deux jours de suite, puis vient un jour d'apyrexie ; mais les accès s'enchaînent de manière que celui du *quatrième* jour est semblable à celui du *premier*, celui du *cinquième* à l'accès du *second* ; enfin l'apyrexie du *sixième* jour correspond à celle du *troisième*. Ces diverses variétés de types sont à peu près les seules qu'on rencontre dans la pratique, et il importe de bien connaître la valeur des mots qui servent à les désigner. Les auteurs ont pourtant admis plusieurs autres types : ils ont décrit des fièvres *tierce doublée*, *quarte doublée* et *quarte triplée*. Dans la première, il y a tous les deux jours deux accès dans les vingt-quatre heures ; dans la deuxième, il y a deux accès dans un jour, après deux jours d'apyrexie ; enfin, dans la troisième, il y a trois accès dans les vingt-quatre heures, et la fièvre revient tous les quatre jours. On parle aussi d'une fièvre *triple-tierce* et *triple-quarte*. Dans la première, il y a deux accès le premier et le troisième jour, et un seul le deuxième et le quatrième, ces accès se correspondent de deux en deux jours. Dans le type *triple-quarte*, il y a un accès tous les jours ; ces accès se correspondent pour la durée et la violence tous les trois jours, c'est-à-dire que le quatrième est semblable au premier, le cinquième au deuxième, le sixième au troisième. Enfin, et pour terminer, je dirai qu'on a admis des fièvres *quintane*, *septane*, *octane*, *mensuelle*, *annuelle*, etc., suivant que les accès revenaient tous les cinq, six ou huit jours, tous les mois, tous les ans. Mais de toutes ces variétés de types, le double-tierce est le seul qu'on rencontre ; les autres sont purement exceptionnels, extraordinairement rares, plusieurs n'existent même probablement pas.

Historique. Bibliographie. — Les fièvres intermittentes ont été connues de tout temps ; elles sont mentionnées dans plusieurs des traités d'Hippocrate ou attribués à ce grand homme. Elles furent pour la première fois décrites méthodiquement par Celse, puis par Galien et par les auteurs arabes. A dater des *xvi^e* et *xvii^e* siècles, ces maladies furent étudiées avec plus de soin et par un grand nombre d'auteurs. Non-seulement on en parle dans tous les traités de pyrétologie et de pathologie interne, mais elles ont été le sujet d'une foule de dissertations et de monographies, parmi lesquelles se distinguent surtout celles de Morton, de Lancisi, de Werlhof, de F. Hoffmann, de Senac, de Strack, de Philipps, ainsi que les ouvrages de MM. Nepple, Faure, Maillot, Bonnet. (Voyez plus bas, comme complément, l'article *Fièvre pernicieuse*.)

Divisions. — Plusieurs divisions importantes ont été proposées dans l'étude des fièvres d'accès. On les a distingués en *simples*, *franches* ou *bénignes*, et en *pernicieuses*, en *manifestes* et en *larvées* ; en *essentiels* et en *symptomatiques* ;