

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 reparassent. 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 *essentielles* et en *symptomatiques* ;

en régulières et en irrégulières, expression dont nous déterminerons plus tard la valeur.

DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE SIMPLE

La fièvre intermittente est dite *simple, bénigne*, lorsque, caractérisée seulement par les accès fébriles, elle est dégagée de tous les accidents et complications qui peuvent la rendre méconnaissable, et qui le plus souvent sont assez graves pour compromettre la vie.

Anatomie pathologique. — La fièvre intermittente n'a pas, à proprement parler, de *siège anatomique*; elle n'est donc caractérisée sur le cadavre par aucune lésion qu'on puisse regarder comme étant le point de départ des accidents arrivés pendant la vie. Il est pourtant une altération concomitante extrêmement commune, manquant à peine quelquefois : je veux parler de l'augmentation de volume de la rate. Cet organe, en effet, qui, à l'état physiologique, n'aurait guère, d'après Assolant, que 13 centimètres (1), peut, sous l'influence de la fièvre, acquérir des dimensions plus que quadruples, et peser au delà de 6 à 8 kilogrammes. Son tissu, d'abord simplement hyperémié, gorgé de sang, peut se réduire en pulpe molle comme dans les fièvres typhoïdes; mais cette grave altération ne se rencontre que dans la variété des fièvres intermittentes dites *pernicieuses*. Dans celle dont nous traitons actuellement, surtout quand elle se prolonge, la rate finit par s'hypertrophier, et son tissu s'indure; dans aucun cas on n'y rencontre de la suppuration. Il est inutile de dire que l'inflammation est étrangère à la production de cette lésion.

Deux médecins militaires, MM. Léonard et Folley, ont annoncé, en 1845, à l'Académie des sciences (séance du 10 novembre), avoir examiné la composition du sang chez les individus atteints de fièvre intermittente, et n'avoir trouvé aucun changement dans la proportion de la fibrine, des globules, ni des matériaux solides du sérum. Ce n'est que lorsque la fièvre se prolonge et qu'elle a eu de fréquentes récidives, que les différents principes du sang diminuent de proportion; cette diminution porte spécialement sur les globules; il y a alors l'altération que nous décrirons plus bas à l'article *Anémie*.

Symptômes. — Dans la plupart des cas, les fièvres intermittentes débent sans prodromes. Il est, au contraire, assez commun d'observer pour chaque accès quelques phénomènes avant-coureurs, tels que céphalalgie, anxiété, bâillements, pandiculations, pâleur, tendance au sommeil, etc. A ces symptômes, qui n'ont qu'une durée fort courte, succède bientôt le frisson, qui marque le premier stade de la fièvre.

Premier stade, ou stade de froid. — Le froid ou le frisson qui constitue le premier stade d'un accès varie beaucoup. Quelquefois les malades n'éprouvent qu'une sensation de froid partielle ou générale et tout à fait éphémère. Chez la plupart le froid est plus vif : c'est une horripilation s'accompagnant d'une sorte de frémissement de la peau avec saillie des bulbes (*chair de poule*). Enfin le froid peut être plus intense encore; il détermine alors le claquement des dents et un tremblement convulsif des membres, (c'est le *rigor*). En général, le froid n'acquiert cette intensité que progressivement. Borné d'abord à une seule partie, aux extrémités, au visage et dans les lombes, il s'irradie de là à toute la surface du corps; il ne reste circonscrit à un point que dans les cas de fièvre anormale ou bien dans les accès peu intenses. Dans ce premier stade, on

(1) *Recherches sur la rate*. Paris, an XI.

observe quelques phénomènes particuliers. Ainsi, dès que le froid commence, les parties les plus éloignées du centre circulatoire, notamment les doigts, le nez et les oreilles, deviennent froides, bleuâtres ou livides; le corps semble diminuer de volume, à tels points que les anneaux peuvent tomber des doigts (J. Franck, Cullen). Si le froid est intense, la face est plombée, et la peau du corps est souvent parsemée de plaques marbrées; les yeux sont caves, hagards; la tête est fléchie, les membres sont rapprochés du tronc; la voix est altérée, cassée et tremblante. Le malade accuse souvent des douleurs contusives dans les membres, des déchirements dans les lombes, un resserrement à l'épigastre, une douleur dans la région splénique, de l'oppression, des palpitations, beaucoup d'anxiété, et sur toute la surface du corps, le picotement et la sensation d'un froid très-intense. Pendant le frisson, la chaleur de la peau peut paraître diminuée au toucher; le plus ordinairement pourtant la main perçoit une température plus élevée que de coutume. Des expériences nombreuses, entreprises jadis par de Haen, par Home, et répétées dans ces derniers temps par M. Gavarret, ont prouvé, d'ailleurs, qu'en plaçant un thermomètre dans l'aisselle de ces malades, on obtenait une élévation de température de 1 à 4 degrés au-dessus de la température normale (1). Dans ce premier stade, la peau est ordinairement sèche et aride; le pouls est fréquent et déprimé, la soif intense; les urines sont peu abondantes et aqueuses. Il y a parfois des vomissements bilieux, et Senac a plusieurs fois observé des hémoptysies, ce qui s'explique par le refoulement du sang vers l'intérieur. Le frisson a une durée qui varie depuis moins d'un quart d'heure jusqu'à cinq heures; sa durée moyenne est d'une heure; sa longueur et son intensité ne sont pas nécessairement en rapport avec la gravité de l'accès. Ce premier stade de la fièvre peut manquer.

Deuxième stade, ou stade de chaleur. — Au froid succède une chaleur plus ou moins considérable, qui, commençant par les extrémités, finit bientôt par devenir générale. Sous le rapport de son intensité, elle offre tous les degrés compris entre une légère sensation de chaud et une ardeur brûlante. Toutefois les recherches de M. Gavarret ont prouvé que, si dans le stade de chaleur la température de la peau est plus haute, cette élévation néanmoins est relativement faible, puisqu'elle ne dépasse guère que d'un degré celle qu'on trouve dans le stade de froid; il faut donc expliquer la sensation de chaleur que les malades éprouvent d'une manière si incommode, comme celle de froid glacial ressentie dans le stade qui précède, par une véritable perversion de la sensibilité. Pendant ce deuxième stade, la céphalalgie et la soif persistent, l'anxiété et l'oppression diminuent ou cessent, le pouls prend de l'ampleur; l'urine est rouge, rare et brûlante; la face s'injecte; tout le corps, qui semblait amoindri pendant le frisson, paraît à présent comme boursoufflé; enfin, la peau, sèche d'abord, s'humecte bientôt de plus en plus. Le deuxième stade dure d'une à douze heures; il est assez rare pourtant qu'il se prolonge au delà de quatre. La période de chaleur peut manquer, mais cela arrive beaucoup plus rarement que pour le stade de froid.

Troisième stade, ou stade de sueur. — La sueur se montre d'abord à la tête, à la poitrine, et finit bientôt par occuper tout le corps. Elle peut ne consister qu'en une légère moiteur, ou bien être assez abondante pour ruisseler de toutes parts et pénétrer tous les linges et même le lit. Pendant qu'elle s'établit, tous les symptômes incommodes s'affaiblissent : la céphalalgie, l'anxiété, les douleurs disparaissent, la soif diminuée, le pouls perd de sa fréquence et de-

(1) *Journal l'Expérience*, année 1839.

vient souple. On disait autrefois que les urines, devenues rouges, peu abondantes, déposaient alors un sédiment briqueté, et que leur surface se couvrait d'une pellicule adhérente aux parois du vase. Il est aujourd'hui démontré que l'urine présente plus rarement qu'on n'a dit les qualités dont je parle. D'ailleurs, le dépôt sur lequel les anciens ont tant insisté, et dont ils faisaient à tort un caractère pathognomonique, est uniquement formé par l'acide urique et par des urates acides; il n'offre donc rien de spécial à la maladie; il se rencontre le même dans plusieurs affections aiguës, pyrétiques, comme le rhumatisme articulaire, la pneumonie, etc. La durée de la sueur est à peu près la même que celle des deux stades qui précèdent.

En somme, la durée totale de l'accès n'est jamais moindre d'une heure et n'en dépasse guère dix-huit. Sa durée ordinaire oscille entre quatre et douze heures.

Apyrexie. — A l'accès succède un état d'apyrexie; mais il est rare que dans l'intermission la santé soit parfaite. La plupart des malades sont plus ou moins fatigués, accablés; ils ont moins d'appétit, les forces ont diminué, la figure est pâle; il y a de la céphalalgie, les digestions sont pénibles. Il est des individus pourtant qui, dans les jours intercalaires, n'éprouvent aucun malaise, et semblent être dans l'état de santé le plus parfait possible. Ceci n'a guère lieu que lorsque l'intermission est longue, comme dans les fièvres tierces ou quartes; dans les quotidiennes, au contraire, il est rare que pendant l'apyrexie les malades ne restent pas plus ou moins souffrants.

La longueur de l'intermission varie suivant le type de la fièvre. Le retour des accès est parfois invariablement fixé à la même heure; d'autres fois il avance, ou bien il retarde de plusieurs heures. Il en est dont les accès se rapprochent tellement, que le second commence avant que le premier ait entièrement cessé; on donne alors à la fièvre le nom de *subintrante*.

Variétés. — On a prétendu que, dans les fièvres quotidiennes, les accès avaient lieu le matin de bonne heure, qu'ils commençaient de dix heures à midi dans les tierces, et de trois à cinq dans les quartes; mais M. Maillot a prouvé qu'on ne pouvait établir à ce sujet aucune règle fixe. D'ailleurs, l'époque de la journée (presque tous les accès ont lieu le jour) à laquelle les accès fébriles ont lieu, de même que le type, varie suivant les individus, suivant les saisons et les climats, et même suivant les constitutions régnantes et les épidémies. Toutefois je crois pouvoir établir d'une manière générale, d'après un relevé que j'ai fait et qui porte sur plus de 160 000 fièvres intermittentes observées dans divers pays, que les fièvres quotidiennes sont plus communes que les tierces, dans la proportion de 9 à 1, et que les fièvres quartes sont si rares, qu'on n'en compte guère que 2 ou 3 sur 100. Nous pensons, en outre, contre l'opinion de M. Boudin, qu'il n'y a aucun rapport entre le type de la fièvre et l'intensité du dégagement de la matière miasmatisée.

Dans quelques cas, les fièvres intermittentes changent une ou plusieurs fois de type: de tierces elles deviennent quotidiennes, et réciproquement, etc. Lorsqu'elles sont anciennes, les accès se succèdent irrégulièrement, en quelque sorte sans type. Si l'on compare les accès entre eux, on voit tantôt ceux-ci se dessiner d'autant mieux, et leurs trois stades être d'autant plus marqués, que la fièvre se renouvelle plus souvent; d'autres fois, au contraire, la fièvre semble s'user peu à peu, à mesure qu'elle se reproduit: alors ses accès diminuent non-seulement d'intensité, mais il arrive souvent qu'un ou même que deux stades manquent tout à fait: on dit alors que les accès sont *incomplets*.

Dans la plupart des cas, la fièvre intermittente se présente telle que je l'ai

décrite précédemment. Pinel commettait donc une erreur lorsqu'il prétendait qu'il n'y avait pas de fièvre intermittente simple, c'est-à-dire qui n'eût été à son début ni inflammatoire, ni muqueuse, ni bilieuse, ni adynamique, ni ataxique. Ce sont là, en effet, tout autant de complications qu'on ne rencontre que dans des cas exceptionnels, et qui impriment à la maladie une physionomie particulière. Ainsi, lorsque la fièvre intermittente se complique d'un état inflammatoire, le frisson est généralement court, mais il est très-intense; le deuxième stade est au contraire plus long, la chaleur est plus brûlante, il y a des signes de congestion vers la tête ou vers la poitrine; le quinquina n'a qu'un effet nul ou incertain, si l'on n'a pas préalablement le soin de désemplir les vaisseaux par la saignée. La fièvre intermittente, avec complication inflammatoire, a généralement le type quotidien ou double-quotidien; elle a de la tendance à passer aux types subcontinu ou rémittent; enfin les signes de pléthore persistent pendant l'apyrexie. Cette complication se remarque surtout chez les sujets jeunes et vigoureux.

Si la fièvre intermittente s'accompagne de nausées, d'amertume de la bouche, d'une suffusion jaunâtre de la peau de la face; si, en un mot, elle se complique d'un état bilieux, on voit celui-ci s'aggraver généralement pendant l'accès et persister pendant l'apyrexie, qui souvent alors est incomplète ou s'accompagne du moins d'un grand malaise; le quinquina enfin n'a d'efficacité qu'après qu'on a détruit la complication gastrique. La forme bilieuse se rencontre fréquemment dans les fièvres intermittentes qui règnent dans la Bresse pendant l'été et durant l'automne (Nepple). L'état muqueux peut aussi compliquer la fièvre intermittente; c'est ce qu'on observe surtout chez les sujets débiles vivant dans les lieux bas et humides. Ces individus ont la langue blanche, la bouche pâteuse, le ventre paresseux, l'appétit nul, les forces prostrées. Quant aux formes adynamique et ataxique, on doit les considérer comme une variété des fièvres pernicieuses; j'en parlerai plus tard.

Fièvre intermittente chez les enfants. — Chez les enfants très-jeunes, les accès paraissent être ordinairement incomplets; du moins, ne pouvant interroger les sensations des malades, le frisson passe presque toujours inaperçu. Le premier stade n'est guère marqué que par de l'inquiétude et de l'agitation: quelquefois on a vu survenir alors des accès convulsifs épileptiformes. Cependant, lorsqu'on surveille attentivement ces enfants, il n'est pas rare de noter au début de l'accès de la pâleur à la face, et parfois une légère teinte cyanique aux lèvres et à la pulpe des doigts; leurs traits sont plus ou moins grippés: ce sont là des preuves assez évidentes du stade de froid. Bientôt la chaleur s'élève, puis les enfants s'endorment et la moiteur survient. La sueur pourtant est rarement très-abondante, souvent elle n'est que partielle; aussi, comme le frisson, passe-t-elle parfois inaperçue lorsque les enfants ne sont pas soumis à une surveillance très-attentive. Les fièvres intermittentes des jeunes enfants reviennent presque toujours par accès quotidiens, mais se renouvelant à des heures irrégulières; et comme ils sont généralement fort longs et plus ou moins subintrants, on est très-exposé à ne pas reconnaître le temps d'apyrexie et à croire à l'existence d'une fièvre continue. Pour être fixé sur le caractère de la maladie, il faut voir l'enfant aussi souvent que possible, à des heures différentes, et l'entourer de personnes qui sachent l'observer. On doit en outre explorer son ventre avec soin, car, le plus souvent, on constatera, au bout de quelques accès seulement, une intumescence de la rate qui aidera à fixer le diagnostic. Ce signe m'a plusieurs fois été d'une très-grande utilité.

Marche. — J'ai dit que la fièvre intermittente pouvait guérir spontanément.

Dans ce cas, son intensité va progressivement en diminuant; cependant on la voit parfois cesser brusquement, lorsque, par exemple, le malade change de lieu, ou bien à la suite d'une violente secousse morale, ou bien encore à l'occasion du développement d'une autre affection. Dans ce dernier cas, elle revient souvent pendant la convalescence de l'affection qui l'avait interrompue. Je viens de dire que la fièvre cesse souvent par le fait du changement de lieu; or, pour avoir ce résultat, il n'est pas nécessaire de transporter le malade à de grandes distances, mais il suffit souvent de changer de quartier, ou seulement de maison. C'est ainsi que les quatre cinquièmes des individus qui entrent à l'hôpital pour y être traités de fièvre intermittente, voient celle-ci cesser parfois brusquement, plus souvent décroître peu à peu, et cela sans l'intervention d'aucun traitement. C'est l'ignorance de ce fait fort simple qui a fait doter de vertus antipériodiques une foule de remèdes inertes; aussi est-il de règle absolue, quand on veut expérimenter un fébrifuge, de ne le donner que lorsque le malade aura eu après son entrée à l'hôpital trois ou quatre accès *aussi intenses, aussi prolongés que par le passé*, c'est-à-dire après avoir eu la preuve que le changement de lieu n'a pas modifié la fièvre.

Durée. — Les fièvres intermittentes ont une durée longue. On a remarqué qu'elles se prolongeaient d'autant plus que leurs accès étaient plus éloignés. Ainsi les fièvres quotidiennes sont moins rebelles que les tierces, celles-ci le sont moins que les quartes. Les fièvres du printemps sont aussi moins opiniâtres que celles d'automne. Quelques fièvres cèdent spontanément après quatre ou cinq accès; d'autres, après trente ou quarante. Il n'est pas rare d'en voir dont les accès se renouvellent sans interruption pendant plusieurs mois, et même durant plusieurs années. Dans ces cas, et même lorsque la fièvre a été beaucoup moins rebelle, on observe plusieurs accidents consécutifs, car ils sont manifestement liés à l'intoxication miasmatique.

Accidents consécutifs. — Les accidents pouvant être la conséquence des fièvres intermittentes sont variés; ils ont le plus communément une marche chronique; ils exigent une courte description. Ce sont : 1° l'état *chloro-anémique*, 2° l'*engorgement splénique*, 3° des *hydropisies diverses*, 4° la *mélanémie*.

1° *Etat chlorotique.* — Chez beaucoup d'individus, il suffit de trois ou quatre accès de fièvre intermittente pour que la peau du corps prenne une teinte jaune toute particulière, caractéristique, et qu'il est impossible de bien décrire. Cette couleur, qui n'a aucun rapport ni avec celle de l'ictère, ni avec la teinte jaunepaille de la cachexie cancéreuse, est surtout marquée au visage; elle se lie toujours à un appauvrissement du sang, qui est alors séreux, moins abondant, et contient beaucoup moins de globules, moins de matière colorante, et à la fin aussi moins de fibrine et d'albumine. Les individus éprouvent la plupart des accidents que nous décrirons plus tard dans l'article *Anémie*. Avant la découverte du quinquina, beaucoup de malades succombaient à cet état de cachexie.

2° *Engorgement splénique.* — L'engorgement de la rate est un des effets les plus ordinaires de la fièvre, mais il n'est pas exact de dire que l'organe splénique augmente de volume dans tous les cas de fièvre intermittente, car on trouve à ce sujet quelques exceptions. L'engorgement de la rate paraît plus constant dans les fièvres tierces et quartes que dans les quotidiennes. On ne peut le découvrir que par la percussion seule, s'il est peu considérable; mais, dans beaucoup de cas, il est assez marqué pour qu'à la palpation on reconnaisse l'organe débordant le rebord costal; la rate peut même descendre jusqu'au niveau de l'ombilic ou de la crête iliaque et soulever alors la paroi abdominale (*placenta febrilis*). M. Piorry, qui dans ces derniers temps s'est beaucoup oc-

cupé de l'exploration de la rate dans la fièvre intermittente, a noté que la moitié des malades environ (82 sur 171) accusaient une douleur ou un sentiment de pesanteur dans l'hypochondre gauche. Cette douleur, que je crois beaucoup plus rare, ne se manifeste souvent que dans le premier stade; d'autres fois on ne la réveille qu'en palpant ou en percutant la région splénique. Dans quelques cas de fièvre intermittente prolongée, le foie est également augmenté de volume, mais il l'est toujours à un degré infiniment moindre que la rate.

3° *Hydropisies.* — Différentes hydropisies peuvent être aussi la suite des fièvres intermittentes prolongées. Quelquefois il n'y a qu'un peu d'œdème aux malléoles, ou une légère bouffissure de la face; d'autres fois l'hydropisie est générale (anasarque), en même temps qu'un épanchement séreux plus ou moins abondant se forme dans l'abdomen. Ces hydropisies s'expliquent surtout par l'altération que le sang a subie (voyez l'article *Hydropisie*).

4° *Mélanémie.* — On a encore parlé de deux états morbides comme pouvant être la conséquence des fièvres intermittentes prolongées; ce sont la *leucocythémie* et la *mélanémie*.

Je consacrerai un article spécial à la première en traitant des maladies du sang placées dans la deuxième classe; je dirai alors que la leucocythémie n'est pas une suite de l'infection palustre, puisque la plupart des malades qui en sont atteints n'avaient jamais subi cette influence. Il n'en serait pas de même, dit-on, de la *mélanémie*.

A diverses époques on a signalé chez des enfants morts après des fièvres intermittentes et rémittentes une coloration noire spéciale dans divers organes, principalement dans la rate, dans le foie, dans le cerveau et dans les reins. Ces faits avaient été vus par Bright, par Annesley, par Stewardson, par Meckel, qui de plus avait démontré que cette coloration était due à la présence dans le sang de granulations pigmentaires. C'est à Frerichs qu'on doit l'étude la plus complète de cette singulière altération (1). Elle est constituée par la présence dans le sang de corpuscules pigmentaires noirs, bruns, ou très-rarement d'un jaune rouge. Ces teintes représentent les divers stades par lesquels passe l'hématine pour se transformer en matière mélanique. La présence de ce produit dans le sang imprime aussitôt des changements dans l'aspect du foie, qui peut avoir une teinte gris d'acier, noirâtre ou chocolat; sur un fond sombre on y remarque des figures brunes isolées. Ce changement de coloration est dû aux matières pigmentaires amassées dans l'appareil vasculaire de la glande, dans les ramifications de l'artère hépatique, et surtout dans celles de la veine porte, sans pénétrer jamais, d'après Frerichs, les cellules hépatiques elles-mêmes, qui peuvent rester saines; parfois pourtant elles sont diversement altérées. Dans les cas où la marche est aiguë, la glande hépatique peut conserver son volume; ailleurs celui-ci est augmenté; mais plus tard le foie s'atrophie. Sauf un seul cas, cet organe n'a jamais été atteint de mélanémie sans qu'une altération semblable ait existé dans la rate. Du pigment peut également être constaté dans le système vasculaire de plusieurs autres organes, dans les poumons, où il est parfois plus difficile de le reconnaître; dans le cerveau, où ses amas donnent à la substance grise périphérique une coloration foncée; dans les reins, dont la substance corticale est ponctuée de gris. Le microscope fait découvrir aisément le pigment dans les capillaires qui en contiennent.

(1) *Traité des maladies du foie*, p. 264 de la traduction française.

Quelle est l'origine de la matière pigmentaire? Frerichs la fait provenir le plus communément de la rate. De là elle se déverserait dans la veine porte, où une partie s'arrêterait dans les capillaires du foie, tandis que l'autre serait entraînée dans le tourbillon de la circulation générale. Cependant le professeur de Berlin, tout en considérant la rate comme la source ordinaire du pigment, admet que d'autres organes, et notamment le foie, peuvent également le produire.

Quels sont les troubles fonctionnels qui seront la conséquence de la formation de la matière pigmentaire? On verrait d'abord apparaître un état chloro-anémique; puis, lorsque les granulations s'accumulent dans les capillaires, apparaîtraient des troubles variables suivant l'organe dans lequel ces agrégats se forment. S'accumulent-ils dans le foie, ce viscère peut s'atrophier, et l'on voit alors la plupart des accidents qu'on observe dans la cirrhose. Obstruent-ils les vaisseaux du rein, on verrait naître une albuminurie permanente; enfin, si les particules pigmentaires engouent les vaisseaux capillaires de la couche corticale du cerveau, il se produirait dans ce viscère des lésions diverses, telles que ramollissement, apoplexie capillaire ou autre, et par conséquent des troubles cérébraux fort divers.

On comprend que les accidents prédominant tantôt du côté des reins, tantôt du côté du foie ou vers le cerveau, cela imprime une physionomie différente à la maladie, de manière à constituer tout autant de formes. Il peut se faire aussi que les désordres locaux manquant, on n'observe que cet état anémique si ordinaire après les fièvres prolongées. Le diagnostic peut être alors très-incertain. Frerichs insiste sur une coloration d'un brun grisâtre de la peau tellement spéciale, qu'elle mettrait immédiatement sur la trace de l'affection. Disons toutefois que la mélanémie ne peut être reconnue sûrement que par l'inspection du sang. Le liquide extrait par une simple piqure et examiné au microscope présentera les granulations pigmentaires caractéristiques.

La marche de l'affection pourrait être si aiguë, qu'en quelques jours les malades succombent; le plus communément la mélanémie dure plusieurs mois. L'issue serait le plus communément funeste, puisque sur 51 cas analysés par Frerichs, 31 fois les individus succombèrent.

Telle est l'histoire anatomo-pathologique de la mélanémie, dont j'emprunte les principaux détails à la description de Frerichs. On voit qu'il n'y a sur ce point encore rien de bien défini, et il serait possible qu'on eût réuni sous une dénomination commune des maladies fort différentes. Ne verrait-on cette altération du sang qu'après les fièvres intermittentes? On le dit, mais le doute est permis. Si j'ai cru devoir appeler l'attention des médecins français sur la mélanémie, c'est dans le but de provoquer quelques recherches dans notre pays, car presque tout reste à élucider. La mélanémie est-elle une lésion primordiale ou consécutive à une altération des solides, et particulièrement de la rate? n'est-ce qu'un accident, ou faut-il en faire une espèce morbide distincte? C'est ce que l'avenir nous apprendra.

Rechutes. — Il n'y a aucune maladie dont les rechutes soient aussi fréquentes que celles des fièvres intermittentes. L'exposition au froid, à l'humidité, les émotions vives, les indigestions, l'administration intempestive d'un purgatif, en sont les causes les plus ordinaires. Les rechutes sont plus fréquentes après les fièvres guéries par les fébrifuges qu'après celles qui ont cessé spontanément. Elles sont d'autant plus à redouter, que la fièvre a duré plus longtemps et que la saison est plus froide. Elles arrivent d'autant plus facilement, que les individus restent plus faibles, qu'ils sont cachectiques et plus ou moins anémiés. Rien n'annonce leur prochain retour. M. Vannoye, pourtant,

a dans ces derniers temps cru trouver dans l'examen de la conjonctive palpébrale un signe indicateur très-fidèle. Il prétend que si l'on abaisse la paupière inférieure en la renversant pendant que le malade porte la cornée vers la voûte orbitaire, au lieu de voir une conjonctive d'un rouge plus ou moins vif, on trouve une raie pâle ou tout à fait blanche, demi-circulaire, ou une sorte de croissant dont le bord concave entoure la partie inférieure de la sclérotique, et dont les deux cornes sont dirigées vers les deux angles de l'œil (1). Ce signe est réel, mais il n'est pas spécial aux sujets qui ont eu des fièvres intermittentes, on le trouve chez beaucoup d'individus, et généralement chez tous les anémiques. Il n'annonce donc pas le retour prochain des accès avec plus de certitude que ne le font les autres signes de l'anémie.

En général, les fièvres intermittentes présentent dans leurs rechutes le même type et à peu près les mêmes phénomènes qu'elles avaient dans la première attaque. Quelques auteurs, Strack surtout, ont avancé que lorsque la fièvre récidivait, les nouveaux accès survenaient le même jour et à la même heure que si les anciens s'étaient reproduits sans interruption; mais ce fait est loin d'être démontré. Il en est de même de l'opinion de Werlhof, qui admettait non-seulement des jours, mais même des semaines *paroxystiques*; il prétendait que la fièvre tierce rechutait surtout dans la deuxième semaine, et la fièvre quarte dans la troisième.

Suites. — Sans prétendre, avec quelques médecins optimistes, que les fièvres intermittentes sont des mouvements salutaires de la nature, il est vrai pourtant que, dans quelques cas, elles ont amélioré des constitutions débiles, ou amené la guérison de maladies graves qui avaient résisté jusqu'alors à tous les moyens thérapeutiques (épilepsie, folie, névralgies, etc.). Cependant il faut considérer ces faits, qui ont pour eux l'autorité de Boerhaave, d'Hoffmann, de Strack, de Werlhof, etc., comme étant des plus rares. Il est beaucoup plus ordinaire de voir les fièvres intermittentes prolongées altérer la constitution générale et aggraver les maladies préexistantes. On a vu aussi la fièvre intermittente, quand elle affectait la femme enceinte, provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. On a dit que, dans ce cas, plusieurs des enfants avaient été eux-mêmes atteints de fièvre intermittente survenant aux mêmes heures que celle de la mère. Enfin, on a vu des maladies graves, telles que la phthisie, le scorbut et le diabète, succéder à des accès répétés de fièvre intermittente. Sydenham a aussi signalé une sorte de manie consécutive aux fièvres, surtout à celles qui ont le type quarte. Mais ces observations ne paraissent pas avoir été confirmées par d'autres médecins. Senac lui-même n'a jamais rencontré qu'un seul cas analogue, et M. Baillarger n'en a vu que deux. Il est d'ailleurs probable qu'il n'y a eu ici qu'une simple coïncidence.

Diagnostic. — Le diagnostic de la fièvre intermittente régulière (la seule dont je parle actuellement) ne présente aucune difficulté; la succession des trois stades et la réapparition périodique des accès ne peuvent faire confondre la maladie avec aucune autre affection. Il n'en est pas de même des fièvres intermittentes anormales dont nous parlerons plus tard. Nous avons vu aussi précédemment que dans la première enfance, la fièvre intermittente pouvait être aisément méconnue à cause de la longueur des accès et de la facilité avec laquelle le premier stade pouvait passer inaperçu. On arrivera toujours au diagnostic, si l'on sait observer et interroger avec soin les malades et ceux qui les entourent.

(1) *Annales de la Société médicale de Flandre orientale*, année 1848.