

*Bibliothèque numérique*

**medic@**

**Valleix, F. L. l.. - La fièvre ou affection typhoïde et l'inflammation de la fin de l'iléon sont-elles deux maladies distinctes ?**

**1838.**

***Paris : Imprimerie de Moquet et Compagnie***

***Cote : 90975***



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)

Adresse permanente : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90975x1838x02x10>

24.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION.  
SECTION DE MÉDECINE.

THÈSE  
SUR CETTE QUESTION :



LA FIÈVRE OU AFFECTION TYPHOÏDE ET L'INFLAMMATION DE LA FIN DE L'ILÉON SONT-  
ELLES DEUX MALADIES DISTINCTES ?

PAR F. L. I. VALLEIX,

Docteur en médecine, médecin du bureau central des hôpitaux de Paris, membre  
titulaire de la société médicale d'observation et de la société anatomique.

PARIS,

IMPRIMERIE DE MOQUET ET COMPAGNIE,

RUE DE LA HARPE, 90.

1838

0 1 2 3 4 5 (cm)



## JUGES DU CONCOURS.

MM.	ADELON ,	PRÉSIDENT.	
	ANDRAL ,		
	CHOMEL ,		
	BOUILLAUD ,		JUGES.
	ROSTAN ,		
	GUERARD ,		
	MENIÈRE ,	SECRÉTAIRE.	
	BRESCHET ,		
	DALMAS ,		SUPPLÉANTS.

## CONCURRENTS.

MM.	BARTH ,	MM.	LEMBERT ,
	BAZIN ,		MARROTTE ,
	BEAU ,		MONTAULT ,
	BÉHIER ,		MONNERET ,
	BELL ,		NONAT ,
	CAZALIS ,		PELLETAN ,
	COMBETTE ,		PIGEAUX ,
	CUVIER ,		PIET ,
	DESCHAMPS ,		SESTIÉ ,
	DUPLAY ,		TESSIER ,
	GILLETTE ,		TANQUEREL-DESPLANCHES ,
	GRISOLLE ,		VALLEIX ,
	HARDY ,		VERNOIS .
	HUTIN ,		



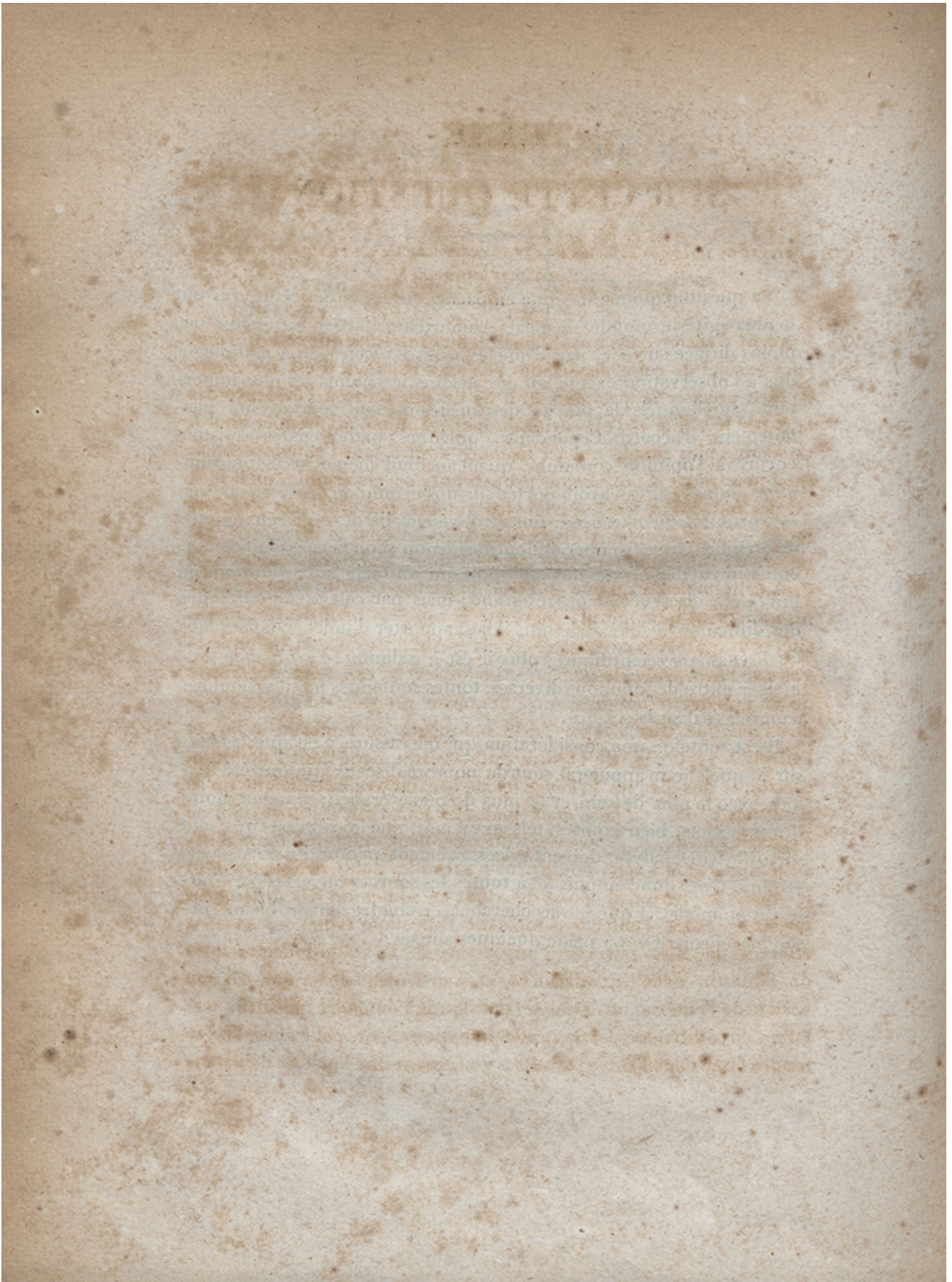
## AVANT-PROPOS.

---

La question qui m'est échue en partage est une de celles qui ont le plus agité le monde médical. Aujourd'hui l'attention est un peu moins dirigée sur elle, parce que les progrès récents de la pathologie, dus à l'observation exacte, en ont éclairé les points les plus importants, sur lesquels la plupart des médecins sont aujourd'hui parfaitement d'accord. Cependant, quelques pathologistes résistent encore à l'opinion commune quant au fond même de la question; et les autres, après l'avoir portée sur un terrain où elle n'avait pas été primitivement placée, ont trouvé en elle de nouveaux motifs de division. On se tromperait donc beaucoup si on la regardait comme entièrement dépourvue de cet intérêt qui s'attache aux questions en litige; elle en a encore un très grand; mais par cela même elle offre des difficultés réelles; car, plus il faut apporter d'indépendance dans les discussions scientifiques, plus il est à redouter d'avoir à se prononcer entre des opinions diverses, toutes soutenues par des hommes haut placés dans la science.

Il est toutefois une considération qui me rassure, c'est que les faits sur lesquels je m'appuierai sont du nombre de ceux qui ont été étudiés avec le plus de soin et le plus de persévérance; ils sont nombreux, exacts, bien exposés, tels en un mot, que les résultats qui sont sortis de leur analyse, doivent nécessairement m'être du plus grand secours. C'est donc en puisant à toutes les sources ouvertes par l'observation moderne que je vais chercher à résoudre un problème insoluble encore il y a à peine quelques années.







# THÈSE

## SUR CETTE QUESTION :

LA FIÈVRE OU AFFECTION TYPHOÏDE ET L'INFLAMMATION DE LA FIN DE L'ILÉON SONT-ELLES  
DEUX MALADIES DISTINCTES ?

Avant d'entrer dans une discussion aussi sérieuse que celle qui doit faire le sujet de cette dissertation, je sens combien il est nécessaire de bien préciser la question, afin de ne pas nuire à l'évidence des faits par le vague et l'obscurité du langage. Rien, au premier abord, ne semble plus simple que la manière dont il faut l'entendre; mais quelques mots d'explication prouveront, ce me semble, qu'il n'en est pas tout-à-fait ainsi. Parmi les auteurs qui, dans ces derniers temps, ont pris part aux discussions animées dont le diagnostic et la nature de l'affection typhoïde ont été l'objet, les uns ne veulent voir dans cette maladie qu'une entérite ou gastro-entérite exaspérée par un traitement intempestif, parvenue à son plus haut degré d'intensité, et ayant revêtu ce caractère d'adynamie, d'ataxie, etc., qu'on désigne par l'expression de *typhoïde*; les autres, au contraire, ont trouvé de si grandes différences entre l'entérite proprement dite, c'est-à-dire l'inflammation simple de la muqueuse de l'intestin grêle, et l'affection typhoïde, c'est-à-dire cette maladie aiguë dont l'altération spécifique des plaques de Peyer forme le caractère anatomique, qu'ils n'ont pas hésité à en faire deux maladies tout-à-fait distinctes. S'il ne s'agissait que de se prononcer entre ces deux opinions, toute difficulté disparaîtrait sans doute; mais parmi les derniers auteurs dont je viens de parler, il en est qui, tout en admettant des différences majeures entre l'entérite simple et l'affection typhoïde, se sont efforcés de faire ressortir l'importance de la lésion inflammatoire de l'intestin dans cette dernière, et non seulement en ont fait une variété de l'entérite, mais encore ont donné à entendre que, dans certaines circonstances, les deux affections pouvaient, pour ainsi dire, se fondre l'une dans l'autre; d'autres établissent une ligne de démarca-



tion plus profonde en n'admettant pas la possibilité de cette fusion, et en insistant surtout sur la spécificité de l'*entérite*, qu'ils nomment folliculeuse; mais l'expression même dont ils se servent pour désigner la maladie, prouve que pour eux encore, elle n'est qu'une *inflammation* de l'intestin, présentant des symptômes et des lésions d'une forme particulière; il est enfin d'autres observateurs qui, tout en reconnaissant que les lésions des plaques de Peyer sont le caractère anatomique de la fièvre typhoïde, parce qu'elles sont, à très peu d'exceptions près, constantes, n'ont pas néanmoins trouvé entre ces lésions et les symptômes des rapports assez directs pour admettre que toute la maladie est dans l'intestin, et consiste *essentiellement* dans l'inflammation des follicules; ce sont ces derniers surtout qui ont adopté la dénomination de fièvre typhoïde.

On voit, d'après ce que je viens de dire, que la question n'est plus aussi bornée qu'elle le paraît au premier abord, et si on en consulte l'esprit plutôt que la lettre, on restera convaincu que toutes les opinions que je viens d'indiquer doivent trouver place dans la discussion. Je n'oublierai pas cependant que le but principal de cette thèse est de chercher, dans l'étude des faits, si la maladie, caractérisée anatomiquement par la lésion spécifique des plaques de Peyer, est distincte de la maladie caractérisée anatomiquement par l'inflammation simple de la muqueuse de l'iléon en général. Personne, en effet, ne prétend que l'ulcération des follicules agminés soit autre chose que l'effet de l'inflammation, et par conséquent demander si la fièvre typhoïde et l'inflammation de la fin de l'iléon sont deux maladies distinctes, c'est surtout demander ce qu'il faut penser de l'opinion qui fait de l'affection typhoïde une *entérite* ou *gastro-entérite suraiguë*.

Ces considérations m'amènent naturellement à poser les deux questions secondaires suivantes : 1<sup>o</sup> La fièvre ou affection typhoïde est-elle une maladie tout-à-fait différente de l'entérite aiguë ou chronique, simple ou compliquée, ou n'est-elle que cette phlegmasie exaspérée? 2<sup>o</sup> Si les deux affections sont distinctes, les différences sont-elles dues uniquement à la spécificité de l'une d'elles, ou doit-on en admettre de plus grandes encore?



C'est de l'examen de ces deux questions particulières que sortira la réponse à la question générale posée par le jury.

ART. I<sup>er</sup>

*La fièvre ou affection typhoïde est-elle une maladie tout-à-fait distincte de l'entérite aiguë ou chronique, simple ou compliquée; ou bien n'est-elle que cette phlegmasie exaspérée?*

M. le professeur Bouillaud (1) regarde la question que je viens de poser comme tout-à-fait oiseuse. Selon lui, en effet, les entérites simples qu'on a jusqu'à présent mises en parallèle avec la fièvre typhoïde, et qui se révèlent, tantôt par un dévoilement apyrétique, tantôt par les symptômes de la dysenterie, ne sont que de simples colites plus ou moins intenses *que personne ne confond avec l'entéromésentérite*; et il ajoute, qu'en qualifiant l'affection ou fièvre typhoïde d'*entéromésentérite aiguë*, il a toujours eu en vue l'entérite de l'intestin grêle avec les caractères anatomiques tels que les ont décrits les auteurs dont il discute les doctrines, c'est-à-dire avec les ulcérations des plaques de Peyer. Certes, si, comme M. Bouillaud paraît le penser, tout le monde partageait cette manière de voir, la question serait singulièrement simplifiée, ou, pour mieux dire, cette première partie de la question n'offrirait plus matière à discussion, et il suffirait pour la traiter de se faire l'organe de l'opinion générale. Mais évidemment, en écrivant ces lignes, M. Bouillaud a oublié qu'il y a peu d'années encore, l'opinion qu'il croit n'avoir été soutenue par personne, l'a été au contraire, avec une vivacité peu commune par M. Broussais (2), qui n'a fait dans cette occasion que réunir en faisceau les arguments déjà présentés depuis long-temps par lui et son école. Si l'étude attentive d'une maladie qu'il a long-temps observée, a porté M. Bouillaud à rejeter les opinions de l'école *physiologique* sur l'entérite et la gastro-entérite, rien ne prouve que cette école elle-même les ait abandonnées, et, par conséquent, c'est un devoir pour moi d'entrer dans tous les détails d'une question qui

(1) Clinique médicale, tome 1, page 322.

(2) Examen des doctrines, tome 4 ; troisième édition, 1834.



intéresse au plus haut point la pathologie interne et la thérapeutique. Je vais donc examiner comparativement l'affection typhoïde et l'inflammation diffuse de la fin de l'iléon, tant sous les rapports des lésions anatomiques et des symptômes, que sous ceux de la marche, de la durée, de la terminaison, etc., discutant, chemin faisant, les arguments divers qu'on a fait valoir de part et d'autre.

§ 1<sup>er</sup>. Anatomie pathologique.

Ici se présente une difficulté qu'il serait difficile de lever, si ma tâche consistait à comparer seulement l'entérite simple, l'entérite qui survient chez des individus bien portants, avec la fièvre typhoïde. Il est, en effet, extrêmement rare de voir succomber des sujets adultes à une entérite simple; c'est même là ce qui explique pourquoi les pathologistes sont encore dans le vague relativement aux lésions de cette maladie, et n'ont pas encore parfaitement déterminé la part respective de l'inflammation du petit et du gros intestin dans la production des symptômes. Je sais bien que dans les traités généraux, l'inflammation simple de l'intestin grêle est décrite, dans toutes ses parties, sous les noms d'entérite érythémateuse, villeuse, phlegmoneuse, etc.; mais si l'on ouvre les ouvrages de clinique, les recueils d'observations, on ne trouve pas de faits dans lesquels l'autopsie ait montré, pour toute lésion, une inflammation semblable de l'intestin grêle. Les sujets affectés d'entérite que M. Louis a observés ont tous guéri; il en est de même de ceux que M. Bouillaud a cités sous le titre d'entéro-colite; M. Andral n'a point accordé de place dans sa clinique à l'entérite proprement dite; parmi les faits cités par Dance dans son mémoire sur les fièvres graves (1), les seuls cas qui puissent être regardés comme des exemples d'entérite simple, se sont terminés par la guérison. Il faudrait donc renoncer presque à comparer entre elles les lésions anatomiques de l'inflammation de l'iléon avec celles de la fièvre typhoïde, si cette inflammation ne se rencontrait pas dans le cours d'un très grand nombre de maladies qui causent la mort, et si elle ne donnait pas lieu à des symptômes analogues à ceux qu'on observe

(1) Archives générales de médecine, tome 24, page 501.



dans l'entérite simple. C'est surtout à ces derniers faits que j'emprunte ce que je vais dire sur l'état des tuniques de l'intestin dans l'entérite proprement dite. Je rappellerai, en outre, en peu de mots, les résultats que m'a fournis l'analyse de quelques observations d'entérite des nouveau-nés.

1° *État de l'intestin dans la fièvre typhoïde.*

Quoique l'on trouve une description des ulcérations intestinales dans des recueils d'anatomie pathologique antérieurs à l'ouvrage de MM. Petit et Serres, c'est à ces deux auteurs qu'est dû l'honneur d'avoir saisi et d'avoir fait connaître, dans leur *Traité de la fièvre entéro-mésentérique* (1), les rapports qui existent entre ces ulcérations, jointes à l'inflammation des ganglions mésentériques, et un groupe particulier de symptômes. Une certaine indécision apportée par MM. Petit et Serres dans l'appréciation des lésions et des symptômes, et surtout les efforts qu'ils firent pour démontrer que la maladie dont ils traitaient était une maladie nouvelle, nuisirent sans doute au succès de leur découverte; car pendant long-temps on put méconnaître la réalité de la *fièvre entéro-mésentérique*, que des travaux plus modernes ont parfaitement démontrée. Parmi les auteurs qui ont le plus vivement attiré l'attention sur ce point, il faut citer M. Bretonneau, dont les élèves ont publié les recherches (2); MM. Louis (3), Andral (4), Dance (5), Chomel et Genest (6), Bouillaud (7) et un assez grand nombre d'autres observateurs. Il résulte des faits recueillis par tous

(1) *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*, observée, reconnue et signalée publiquement à l'Hôtel-Dieu de Paris dans les années 1811, 1812 et 1813. Paris, 1813.

(2) *De la dothinentérite*; par Trousseau. Archives générales de méd. tom. 10. 1826.

(3) *Recherches anatomiques, etc. sur la maladie connue sous les noms de gastro-entérite, etc.* 1829.

(4) *Clinique médicale*, t. 1, troisième édition.

(5) *Mémoire sur le traitement des fièvres graves*, archives générales de médecine t. 24. 1850.

(6) *Leçons de clinique médicale* par A. F. Chomel, publiées par J. L. Genest, 1834.

(7) *Traité clinique et expérimental des fièvres dites essentielles*, 1826; et *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*, tome I, 1838.



ces auteurs que dans l'immense majorité des cas, on trouve chez les sujets qui ont succombé à une des formes des fièvres graves, une altération particulière des plaques de Peyer et quelquefois des follicules de Brunner, dont je me bornerai à présenter les principaux caractères.

Les follicules intestinaux peuvent être altérés de deux manières différentes: tantôt les plaques se montrent rouges, tuméfiées, avec un ramollissement notable de la membrane muqueuse et du tissu sous-muqueux; c'est ce que l'on a nommé plaques *molles* ou *réticulées*; tantôt, au contraire, elles offrent une dureté remarquable; le tissu sous-muqueux est transformé, dans une partie de la plaque ou dans toute son étendue, en une matière homogène, sans organisation apparente, luisante à la coupe, et plus ou moins résistante ou friable; quant à la membrane muqueuse, elle présente les mêmes altérations que dans le cas précédent; cette deuxième forme de la lésion des plaques est celle à laquelle on a donné le nom de *dure* ou de *gaufree*.

Cette altération n'est que le prélude d'une lésion plus profonde qui ne tarde pas à survenir: je veux parler de l'ulcération; celle-ci, parfaitement circonscrite dans les limites des plaques, présente des variétés d'étendue, de profondeur, de couleur, etc., qu'il n'est pas de mon sujet de faire connaître, car je ne dois emprunter à la description de la fièvre typhoïde que les détails qui peuvent servir de bases à la discussion. J'ajouterai seulement que c'est vers la fin de l'iléon qu'on trouve ces altérations des plaques; que lorsqu'elles sont nombreuses, c'est là qu'on en trouve la plus grande quantité; que lorsqu'il n'y en a que quelques-unes, c'est encore là qu'on les rencontre, de sorte que leur siège est parfaitement connu. Je ne dirai également qu'un mot sur la terminaison des ulcérations: tantôt on les voit se cicatriser, ce dont on s'est assuré par l'ouverture des corps, chez des sujets qui ont succombé à une période avancée de la maladie; tantôt l'intestin est entièrement perforé, et l'épanchement des matières qu'il contenait donne lieu, en s'épanchant, à une péritonite extrêmement aiguë. Dans un certain nombre de cas, on trouve les follicules de Brunner altérés de la même manière, et cela, non seulement dans la fin de l'intestin grêle, mais même dans le gros intestin.



Voilà déjà une lésion bien tranchée et bien évidente ; mais je n'aurais rien fait si je ne recherchais à quelle époque de la maladie elle se produit ; car quelques auteurs ayant avancé que cette lésion n'est que le produit d'une entérite ordinaire exaspérée, le seul moyen d'éclaircir le fait est de s'assurer si elle existe dès les premiers temps de la maladie, ou ne se montre que plus tard. Dans le mémoire de M. Trousseau (1), nous voyons que M. Bretonneau a eu occasion de faire des autopsies dès le cinquième jour de la maladie, et qu'il a déjà trouvé les plaques notablement tuméfiées. M. Louis a donné l'observation d'un sujet mort au huitième jour : les plaques étaient rouges, épaissies et ramollies ; MM. Andral et Chomel ont fait les mêmes observations, l'un au sixième jour de la maladie, l'autre au septième ; quant à la production de l'ulcération, c'est ordinairement après le huitième ou neuvième jour qu'elle a lieu. Ajoutons enfin que cette lésion se montre dans des cas dont tous les symptômes ont un véritable caractère de bénignité, aussi bien que dans ceux qui se présentent avec l'aspect le plus formidable. Ces faits démontrent jusqu'à l'évidence que la lésion des plaques de Peyer n'est pas le résultat de l'exaspération d'une inflammation ordinaire, mais bien une altération spécifique dont les traces se rencontrent dès les premiers jours de la maladie, et alors que ; comme nous le verrons plus tard, les symptômes n'ont encore offert aucun caractère de gravité extrême.

Il importe beaucoup, pour la solution de la question que j'ai à traiter, de rechercher le degré de constance des altérations dont je viens de présenter les principaux caractères. Établissons d'abord comme fait général, que l'absence de cette lésion est extrêmement rare. Depuis, en effet, que l'attention des observateurs est fixée sur elle, combien d'autopsies de fièvres typhoïdes n'a-t-on pas eu à faire, et combien de cas a-t-on cités dans lesquels les symptômes de cette maladie ont existé sans altération des follicules intestinaux ? Les faits de ce genre sont soigneusement recueillis, et on se hâte de les publier comme sortant de la règle ordinaire, tandis que la plupart des faits

(1) Loc. cit.



contraires sont laissés dans l'oubli; or, il suffit de cette remarque pour établir la rareté de ces exceptions. Cependant, comme en pathologie, tous les faits doivent entrer en ligne de compte, je dois signaler les cas dans lesquels les symptômes de l'affection typhoïde n'ont pas été accompagnés de lésion appréciable des plaques. M. Andral (1) en a réuni un certain nombre qu'il a tirés des divers auteurs pour les joindre à ceux qu'il avait eu occasion de recueillir lui-même. De ces faits, les premiers sont empruntés d'abord à M. Louis. Les observations cinquante-et-unième et cinquante-deuxième de ses *recherches* sont des exemples propres à faire penser que, dans certaines circonstances, la lésion anatomique peut manquer, quoique les principaux caractères symptomatiques se soient montrés dans le cours de la maladie. Cependant, il faut dire que dans un de ces deux cas, il n'y eut ni taches roses lenticulaires, ni sudamina, ni épistaxis, et que le sujet de la cinquante-deuxième observation ne succomba qu'au cinquante-cinquième jour de la maladie, époque à laquelle il serait possible que les lésions de l'intestin eussent disparu. M. Andral cite encore une observation du même genre faite par M. Dalmas, à l'hôpital de la Charité, et des faits semblables recueillis par M. Martinet et le docteur Neumann de Berlin. On pourrait sans doute ajouter à cette énumération quelques autres observations éparses çà et là; mais, à coup sûr, on ne parviendrait pas à en réunir un nombre considérable. D'un autre côté, voici ce que l'on trouve dans les leçons cliniques de M. Chomel, relativement à la fréquence de la lésion des follicules intestinaux dans l'affection typhoïde : « L'inflammation folliculeuse de l'intestin est tellement fréquente chez les sujets qui succombent à la maladie qui nous occupe, que depuis cinq ans nous n'avons pas rencontré un seul fait exceptionnel (2). » La conclusion de tout ce qui précède, me paraît donc facile à tirer, et je ne saurais mieux faire que de l'emprunter à M. Andral qui l'a nettement posée à la suite des faits qu'il a cités. « Si, dit-il, ces lésions ne sont pas constantes, sont-elles

(1) Clinique médicale, t. 1, p. 491.

(2) Loc. cit. p. 528.



« au moins tellement fréquentes que par cette fréquence même, elles acquièrent à peu près autant d'importance que si elles ne manquaient jamais. »

On a beaucoup parlé, dans ces derniers temps, d'une fièvre continue, ressemblant, sous plusieurs rapports, à la fièvre typhoïde et fréquemment observée en Angleterre. Il résulterait de quelques autopsies que, dans cette espèce de fièvre, la lésion des plaques elliptiques manque entièrement; cette absence d'altération devrait être prise en très grande considération, s'il était prouvé que la maladie dont il s'agit est réellement une fièvre typhoïde, ainsi que le pense M. Lombard de Genève, quoique sa description des symptômes soit loin d'être satisfaisante (1); mais il est des observateurs anglais qui ne partagent pas entièrement cette manière de voir, et tout récemment encore, M. Christison et même M. Tweedie, qui a écrit sur la fièvre continue (2), ont déclaré que la fièvre observée en Irlande par M. Lombard, existait à Londres concurremment avec la fièvre typhoïde, et qu'elles présentaient des caractères assez différents pour qu'il fût possible de les distinguer. Cependant, il serait difficile de se prononcer avec de semblables renseignements, si nous ne possédions un mémoire récent de M. Gerhard de Philadelphie (3), qui vient jeter un grand jour sur la question. Dans une épidémie qui a régné à Philadelphie, en 1836, M. Gerhard a observé une espèce de fièvre semblable, selon toutes les apparences, à celle qui règne endémiquement en Angleterre; or, cette fièvre présentait, dans ses symptômes et sa marche, des différences telles qu'on ne pouvait la confondre avec la fièvre typhoïde telle que nous la connaissons. Il serait hors de mon sujet de signaler une à une ces différences, ainsi que l'a fait l'auteur du mémoire que je viens de citer, et auquel je renvoie pour plus amples détails. Ce que je voulais constater, c'est qu'à Philadelphie, comme

(1) Archiv. génér. de médecine.

(2) A treatise on continued fever, and its modifications, London, 1832.

(3) Americal journal of the medical sciences, n. 40, août 1837, et l'Expérience, n. 16 et 20, janvier et février 1833.



en Angleterre, les médecins versés dans l'étude de la fièvre typhoïde, savent bien la distinguer de cette fièvre continue dont je viens de signaler l'existence.

Outre ces altérations si remarquables des follicules intestinaux, on trouve, chez un certain nombre de sujets, des traces évidentes d'inflammation dans la muqueuse environnante; mais, d'une part, ces lésions sont loin d'être constantes, puisqu'elles manquent dans la quatrième partie des cas environ, ainsi que l'a constaté M. Louis, et avec lui plusieurs autres observateurs précédemment cités; et d'autre part, elles ne surviennent qu'à une époque assez avancée de la maladie, lorsque la lésion des plaques existe déjà depuis long-temps. D'où il suit que cette inflammation diffuse n'est qu'une lésion secondaire, analogue à celles que j'aurai à indiquer plus loin.

*2° Etat de l'intestin dans l'entérite aiguë.*

J'ai déjà dit que pour traiter cette partie de la question, il fallait avoir recours aux observations des maladies diverses, dans lesquelles l'entérite survient comme lésion secondaire; je ferai voir, plus loin, comment ces documents qui, au premier abord, peuvent paraître inexacts, offrent néanmoins toutes les garanties suffisantes, et nous font connaître parfaitement l'inflammation de la fin de l'iléon.

On est tout d'abord frappé de l'absence complète de cette lésion si remarquable des follicules, qui manque au contraire si rarement dans l'affection typhoïde; et comme les lésions que l'on rencontre, sont, ainsi qu'on va le voir, de nature évidemment inflammatoire, il en résulte déjà, que l'inflammation peut affecter, dans la partie inférieure de l'iléon, deux formes évidemment différentes, dont l'une, disséminée, ayant un siège bien déterminé, et tendant presque nécessairement à l'ulcération, nous est déjà connue. Cette proposition n'aurait presque pas besoin de preuve, tant c'est aujourd'hui un fait généralement reconnu, que la phlogose de l'iléon, quand elle survient dans le cours des autres maladies aiguës, ne détermine pas l'altération des glandes de Peyer, telle que je l'ai décrite. Cependant, dans quelques cas, on a trouvé un gonflement particulier des follicules,



soit isolés, soit agminés, et cette circonstance pourrait jeter des doutes dans les esprits, si je n'entraîs dans quelques courtes explications.

Déjà M. Louis avait signalé, dans des cas rares, un développement insolite d'un petit nombre de plaques de Peyer, et des follicules de Brunner; c'est principalement chez des sujets affectés de scarlatine qu'il avait rencontré ces faibles lésions. Dans un mémoire sur la scarlatine et la variole (1), Dance fit connaître des faits semblables. Sur neuf observations de scarlatine, contenant les détails de l'ouverture des corps, il en est trois dans lesquelles on trouve la description de quelques plaques saillantes; dans un cas seulement, ces plaques étaient rouges et gonflées, et dans un autre, il y avait un développement peu notable des follicules isolés: MM. Andral (2) et Rayer (3), ont eu occasion de faire des observations analogues. Telles sont les lésions qu'un examen superficiel pourrait faire confondre avec celles qui existent dans l'intestin des sujets morts d'affection typhoïde, et cependant, quelle différence! Dans les cas que je viens de citer, jamais d'ulcérations, quoique parmi les sujets observés par Dance, quelques-uns n'aient succombé qu'après vingt jours de maladie (4); une seule fois, on trouve la rougeur jointe au gonflement, et du reste; aucune autre des altérations qui caractérisent si bien les plaques dures ou molles de l'affection typhoïde. Ce que je viens de dire relativement à la scarlatine s'applique parfaitement aux cas de variole recueillis par le même médecin, quoique, dans ces derniers, le gonflement des follicules fut plus constant et un peu plus considérable. Ce gonflement était, en effet, la seule lésion; l'auteur ne mentionne pas la moindre altération du tissu sous-muqueux, et cependant les sujets avaient succombé du dixième au onzième jour, époque à laquelle, ainsi qu'on l'a vu plus haut, les follicules sont déjà profondément altérés dans l'affection typhoïde. On

(1) Archiv. gén. de méd., t. 23, 1830.

(2) Loc. cit. p. 509.

(3) Traité des maladies de la peau, deuxième édition, t. 1, p. 210.

(4) Observ. sixième et septième.



ne saurait donc en douter, l'altération des follicules intestinaux telle que je l'ai décrite plus haut, appartient en propre à cette dernière maladie, et présente des caractères tout à fait spéciaux.

Si nous ne trouvons pas dans l'intestin des sujets qui ont succombé à des maladies aiguës autres que la fièvre typhoïde, la lésion spécifique des glandes de Peyer et de Brunner, en revanche, nous y rencontrons toutes les autres altérations inflammatoires que j'ai signalées comme des lésions secondaires. Nous les y trouvons dans la même proportion des cas à peu près, et, en général, d'autant plus profondes que les symptômes, dont je parlerai plus loin, ont été plus prononcés pendant la vie; d'où l'on doit conclure qu'elles sont l'expression d'un état symptomatique particulier. Ces lésions consistent dans la rougeur, la tuméfaction, le ramollissement de la membrane muqueuse de l'intestin; elles présentent, en un mot, les caractères de l'inflammation franche des muqueuses dans quelque partie du corps qu'on les considère. Cette espèce d'inflammation est diffuse, et dans les cas où les follicules y participent, c'est uniquement comme faisant partie de la muqueuse intestinale. Il est rare qu'elle soit bornée à la partie inférieure de la fin de l'iléon; elle ne s'arrête pas brusquement à la valvule iléo-cœcale; elle la franchit et on en retrouve des traces non équivoques dans le gros intestin. Il est néanmoins, quelques cas dans lesquels on l'a trouvée bornée à la partie inférieure de l'iléon, et ce sont ceux qui me seront le plus utiles dans l'appréciation des symptômes.

Que l'on ouvre maintenant les Traités de pathologie générale, et l'on verra que les lésions que je viens d'indiquer sont celles que les auteurs assignent à l'entérite, abstraction faite de toute maladie concomittante; quelques différences dans la profondeur de l'altération, voilà ce que l'on trouve dans les divers cas, mais du reste, rien qui puisse faire confondre l'entérite simple, ou l'inflammation proprement dite de la fin de l'iléon, avec l'affection typhoïde. Je citerai à l'appui de ce que j'avance les articles: *Entérite* de MM. Rostan (1),

(1) Cours de médecine clinique, t. 2, p. 452.



et Dalmas (1), dans lesquels, sauf quelques variétés de couleur, quelques excoriations superficielles, quelques traces de fausses membranes, on trouve la description des lésions telle que je viens de la présenter. Ainsi donc, sous le rapport anatomique, l'entérite survenue dans les cours des maladies aiguës, et l'entérite simple, ne présentent pas des différences capitales, et en décrivant les lésions de la première, j'ai décrit celles de la seconde.

3° *Etat de l'intestin dans l'entérite chronique.*

Cette forme de l'entérite ne se montre guère que dans le cours de quelques maladies chroniques, et alors il faut distinguer les lésions qui appartiennent à la maladie principale elle-même, et celles qui appartiennent en propre à l'entérite. Ces dernières sont, ainsi que nous l'apprennent les deux auteurs que je viens de citer, les mêmes, à des nuances près, que celles qui caractérisent l'entérite aiguë, en sorte que je n'ai rien à ajouter à la description précédente.

4° *Entérite des nouveau-nés.*

Les observations d'entérite des nouveau-nés, que j'ai eu occasion de recueillir, diffèrent essentiellement de celles qu'on a prises chez l'adulte, quant à l'intensité des symptômes et quant à la gravité de la maladie : mais quant aux lésions, il n'en est pas de même, ainsi que l'analyse des faits me l'a démontré (2). C'est encore le ramollissement, la rougeur, et l'épaississement qui en forment les principaux caractères; cependant j'ai trouvé chez deux sujets des ulcérations qui au premier abord, pouvaient être prises pour celles de la fièvre typhoïde; mais dans un de ces deux cas, l'unique ulcération qui existait ne siégeait ni sur une plaque, ni sur un follicule isolé; et dans l'autre, les ulcérations, bien que siégeant sur les plaques de Peyer, ne s'accompagnaient d'aucune lésion des ganglions mésentériques, circonstance bien importante, comme on le verra plus tard. Ce sont donc, en somme, les altérations de l'entérite simple qui se sont présentées dans l'immense majorité des cas analysés dans le chapitre que j'ai consacré à l'étude des maladies des voies

(1) Dict. de méd. deuxième édition, t. 17, art. Intest. (pathol.)

(2) Voyez clinique des malad. des enfants nouveau-nés, p. 268 et 425.



digestives<sup>(1)</sup>; c'est pourquoi je supprime tout autre détail comme superflu, et je me borne à faire remarquer que ces inflammations intestinales des nouveau-nés étaient bien loin d'être des affections légères et commençantes, puisqu'elles se manifestaient par des symptômes non équivoques, dès les premiers jours d'une longue maladie, qu'elles ne tardaient pas à acquérir une grande intensité, et qu'elles occasionnaient le plus ordinairement la mort des malades.

Telles sont les lésions diverses qu'on rencontre à la partie inférieure de l'iléon, dans les cas de fièvre typhoïde et dans ceux où il n'existe qu'une inflammation pure et simple de l'intestin. C'est en s'appuyant sur les différences frappantes qui existent entr'elles, aussi bien que sur les symptômes non moins différents auxquels elles donnent lieu, que la plupart des pathologistes modernes ont établi la ligne de démarcation la plus tranchée entre l'affection typhoïde et l'inflammation proprement dite de l'intestin grêle. Mais tous les médecins n'ont pas interprété les faits de la même manière, et il en est qui ont récemment soutenu et qui soutiennent encore aujourd'hui que l'entérite proprement dite, ou érythémateuse, villeuse, etc., de quelques auteurs, et la fièvre typhoïde, ne sont que des degrés divers d'une même maladie. Examinons donc, sous le point de vue anatomique, les arguments qu'ils ont fournis en faveur de leur opinion.

C'est M. Broussais qui, ainsi que je l'ai déjà dit, s'est élevé avec le plus de force contre la doctrine nouvelle qui s'introduisait dans la science<sup>(2)</sup>, et pour qu'on ne croie pas que je vais discuter une opinion abandonnée, ou qui n'aurait jamais été soutenue, ainsi que le donnerait à penser M. Bouillaud, je vais exposer brièvement la manière dont M. Broussais envisage la fièvre typhoïde. Selon lui, l'entérite ou la gastro-entérite (car il se sert de ces deux expressions, quoique bien plus fréquemment de la seconde) et l'affection typhoïde, ne sont qu'une seule et même affection<sup>(3)</sup>; la différence des lésions ne dé-

(1) *Ibid.*, p. 202.

(2) Voyez Examen des doctrines médicales, tome 4, troisième édition, page 405 et suivantes.

(3) *Ibid.*, page 425.



pend que de circonstances étrangères à la nature de la maladie, et doit être uniquement rapportée à sa plus ou moins grande intensité. Pour lui, l'inflammation de la fin de l'iléon n'a rien de spécial dans l'un et l'autre cas; seulement, lorsque la maladie fait des progrès, l'inflammation primitivement diffuse, finit par se concentrer dans les plaques de Peyer, dont elle détermine l'ulcération.

Si cette opinion s'appuyait sur des faits positifs, nous verrions, sans doute, au début de l'affection typhoïde l'inflammation diffuse de l'intestin grêle, qui n'aurait pas encore eu le temps de se concentrer dans les plaques, occuper une assez grande étendue de l'organe et ne pas affecter les follicules à un plus haut degré que les parties environnantes; or il n'en est point ainsi, et dans les autopsies faites dans les premiers jours de l'affection, ce sont déjà les plaques qui présentent l'altération la plus profonde. D'un autre côté, dans les cas où des symptômes d'entérite simple se sont montrés avec une grande intensité et ont duré long-temps, on devrait trouver cette concentration de l'inflammation dans les plaques, et c'est encore ce qui n'est pas. Qu'on jette, par exemple, un coup-d'œil sur les observations de pneumonie, dans lesquelles il y a eu, pendant un long espace de temps, douleur du ventre à la pression, coliques, diarrhée; que trouvera-t-on? une inflammation diffuse de la muqueuse intestinale, et rien qui ressemble à l'inflammation disséminée et spécifique de l'affection typhoïde. Pourquoi cette différence? Dans ces derniers cas, les symptômes locaux ne se sont-ils pas montrés avec autant et plus d'intensité que dans les cas de fièvre typhoïde? Comment expliquer des effets divers si on ne les rapporte à des causes diverses: la spécificité ou la non-spécificité de l'affection? Chez les nouveau-nés, ce n'est certainement ni la durée, ni la gravité de la maladie qui manquent, puisqu'on voit presque tous les enfants succomber après avoir présenté pendant un temps fort long, les symptômes de l'entérite aiguë; et cependant l'inflammation ne se concentre pas, chez eux, dans les plaques de Peyer, puisque l'ulcération de ces plaques est excessivement rare, et présente



d'ailleurs des particularités qu'on ne rencontre pas dans l'affection typhoïde (1).

Je me suis longuement étendu sur cette partie de la question, parce que l'altération spéciale des plaques de Peyer a été interprétée par M. Broussais d'une manière tout-à-fait particulière, et il faut bien le dire, d'une manière tout-à-fait erronée. Mais je n'y insisterai pas davantage; car il est d'autres lésions anatomiques qui appellent notre attention.

5° *Etat des ganglions mésentériques dans la fièvre typhoïde.*

L'état du mésentère n'a pas été étudié avec moins d'attention que celui des follicules intestinaux, et pour comprendre jusqu'à quel point les altérations des ganglions mésentériques sont liées à celles des plaques, il suffit de se rappeler que MM. Petit et Serres, frappés de leurs rapports intimes, n'ont pu mieux désigner la maladie que sous le

(1) Il a paru récemment un travail de M. le docteur Natalis Guillot qui pourrait paraître infirmer quelques-unes des propositions précédentes, si l'on ne s'en rapportait qu'aux simples apparences. Je veux parler du mémoire de cet anatomiste distingué *sur la membrane muqueuse du canal digestif* (l'Expérience, n. 11, décembre 1837). A l'aide d'injections très délicates, et en examinant la muqueuse intestinale au microscope, M. Guillot est parvenu à découvrir une altération pathologique dans des points où la membrane paraissait saine, et notamment autour des glandes de Peyer ulcérées. Cette altération consiste dans une destruction plus ou moins étendue des villosités. Faut-il en conclure qu'on a eu tort de regarder l'altération comme affectant spécialement les glandes de Peyer? Non, sans doute, car: 1° M. Guillot peut être tombé sur des cas où la muqueuse environnante présentait un ramollissement blanc tel qu'on le rencontre dans quelques cas; et 2° il suffit que la membrane se présente aux yeux de l'observateur avec des caractères tout différents de ceux que j'ai assignés plus haut à l'entérite simple, pour qu'il puisse en conclure rigoureusement que ces lésions sont dues à des états pathologiques différents, ce qui suffit pour établir entre eux une ligne de démarcation tranchée. J'en dirai autant de la troisième conclusion du mémoire de M. Guillot, dans laquelle nous lisons: « Qu'il n'est pas possible de démontrer l'existence de glandes à la surface de l'intestin, et que par conséquent, le nom de glandes de Peyer et de Brunner doit être rayé de la science. » Cette proposition, dont je ne suis pas appelé à discuter la valeur, ne changerait rien aux lois pathologiques indiquées plus haut; que faut-il, en effet, pour que le pathologiste reconnaisse à telle ou telle lésion des caractères distinctifs? il faut qu'elle affecte un siège spécial et qu'elle se développe d'une manière particulière; or, que les plaques de Peyer et les follicules de Brunner soient ou non des glandes, toujours est-il que dans la fièvre typhoïde, les portions de l'intestin qu'on a prises pour des follicules, sont principalement, et quelquefois uniquement altérées d'une manière notable, et qu'il n'en est pas de même dans les autres maladies; heureux si nous avions toujours des caractères anatomiques aussi distincts!



nom de fièvre *entéro-mésentérique*. Ces altérations sont aujourd'hui si connues, qu'il serait superflu de les décrire longuement; rappelons seulement qu'elles consistent dans le gonflement, la rougeur, le ramollissement et la suppuration des glandes; qu'elles accompagnent constamment la lésion spécifique des follicules; qu'elles sont en rapport direct avec cette lésion, c'est-à-dire que lorsque les plaques elliptiques sont peu ou point ulcérées, les glandes ne contiennent pas de pus; que lorsque l'ulcération est plus ancienne, le pus se forme, et les ganglions sont parsemés de points jaunes, dans lesquels on reconnaît une infiltration de matière purulente, ou bien de petits foyers distincts. Enfin, on retrouve dans les glandes mésentériques la marche rétrograde de l'inflammation observée dans les plaques à une certaine époque de la maladie. Les rapports sont si intimes entre ces lésions, que chez le même sujet, on peut voir différents degrés d'inflammation des ganglions mésentériques correspondre exactement à différents degrés semblables d'inflammation des follicules intestinaux.

6° *Etat du mésentère dans l'entérite aiguë ou chronique.*

Ici nous ne voyons aucun rapport entre l'inflammation de la muqueuse intestinale et celle des ganglions mésentériques. Sans doute, dans quelques cas de variole, de scarlatine, de pneumonie, d'érysipèle des membres inférieurs, on a trouvé des ganglions mésentériques engorgés et enflammés; mais ces cas sont loin d'être les plus fréquents, et de plus, il est facile de s'assurer que, dans ces affections, l'altération des glandes, alors même que l'inflammation de l'intestin est considérable et dure depuis long-temps, n'est jamais comparable à celle que présente le mésentère dans l'affection typhoïde. Ces légères et rares altérations, dont la présence s'explique le plus souvent par la loi pathologique de la production des lésions secondaires, comme le prouvent les cas dans lesquels elles existent dans l'absence de toute inflammation de la muqueuse, ne sauraient donc être mises en balance avec ces lésions constantes et graves du mésentère qui forment un des caractères anatomiques les plus importants de la fièvre



vre typhoïde. Chez les enfants nouveau-nés qui ont succombé avec des symptômes non équivoques d'entérite, je n'ai point rencontré l'altération des ganglions mésentériques ; dans le cas même où il y avait de petites ulcérations dans les dernières plaques de l'iléon, les ganglions mésentériques étaient sains, et c'est ce qui m'a fait regarder comme extrêmement douteuse l'existence d'une fièvre typhoïde. Ces détails sont suffisants, ce me semble, pour démontrer que l'état du mésentère n'est pas moins distinct dans les maladies dont il s'agit que celui de l'intestin lui-même.

7° *Etat de la rate dans l'affection typhoïde.*

Ce que je viens de dire des altérations du mésentère s'applique avec quelques modifications à celles de la rate; elles sont si fréquentes dans cette affection, que dans les observations citées par M. Louis, on n'en trouve que quatre dans lesquelles la rate n'a point offert de lésion, et encore les sujets de ces observations n'avaient-ils succombé que fort tard et à l'époque où les altérations précédemment décrites avaient déjà sensiblement rétrogradé. L'analyse des observations, présentées dans les leçons de M. Chomel, fournit des résultats semblables, et la fréquence des lésions de la rate chez les sujets morts de la fièvre typhoïde est un fait que chacun a eu occasion de vérifier. Ces lésions consistent dans l'augmentation du volume qui peut aller jusqu'au quadruple du volume ordinaire, dans le ramollissement qui peut être extrême, et dans le changement de coloration qui, le plus ordinairement, est plus foncée que dans l'état normal.

8° *Etat de la rate dans l'entérite aiguë ou chronique.*

Chez les enfants nouveau-nés qui ont succombé à l'entérite, la rate n'a présenté de lésion notable dans aucun cas; sa consistance seulement était un peu diminuée chez quelques sujets, mais son volume n'était pas changé, et sa coloration n'offrait rien de particulier. Dans quatre cas dans lesquels une entérite aiguë, survenue dans le cours d'une maladie chronique, déterminait la mort, M. Louis ne trouva aucune altération de la rate. Ces faits suffiraient déjà pour démontrer que l'état de



cet organe dans l'entérite ne diffère pas moins de celui qu'on observe dans la fièvre typhoïde que l'état des organes précédemment étudiés ; mais je dois ajouter que dans les maladies aiguës autres que l'affection typhoïde, la rate est beaucoup plus rarement et beaucoup moins profondément altérée, et qu'il n'existe aucun rapport entre cette altération et celle de la muqueuse intestinale.

Si jusqu'à présent j'ai établi le parallèle entre l'entérite proprement dite et l'affection typhoïde, en insistant sur les détails anatomiques, c'est que j'avais à m'occuper des lésions les plus importantes et les plus caractéristiques ; mais je dépasserais de beaucoup les bornes qui me sont prescrites si je voulais continuer ainsi ; je dois donc me borner à signaler rapidement les différentes lésions présentées par les autres organes chez les sujets qui ont succombé à la suite de ces deux maladies.

*9° Parallèle de la fièvre typhoïde et de l'entérite sous le rapport des lésions anatomiques non encore mentionnées.*

En première ligne, je dois placer les ulcérations qui se trouvent ailleurs que dans l'intestin grêle. Ces ulcérations, et notamment celles du pharynx et de l'œsophage, sont très importantes à noter ; car elles ne se rencontrent guère que chez des sujets affectés de fièvre typhoïde. Il faut néanmoins faire une exception pour l'entérite des nouveau-nés ; celle-ci, en effet, s'accompagne, dans un certain nombre de cas, d'ulcérations de la bouche, de l'œsophage, et du gros intestin ; ces ulcérations donnent à cette entérite un caractère particulier, et font, selon moi, ressortir encore davantage l'absence de l'altération des glandes de Peyer, lésion primitive de la fièvre typhoïde. Leur existence d'ailleurs dans une pareille affection, ne peut être attribuée, ainsi que la gravité extrême de la maladie, qu'à l'influence de l'âge, si puissante sur notre économie.

Quant à l'état des autres organes, il me suffira de dire que, soit qu'on examine l'appareil respiratoire et circulatoire, soit qu'on dirige son exploration vers les centres nerveux ou le système cutané, on trouve



dans l'affection typhoïde, des lésions entièrement étrangères à l'entérite ; lésions qui lorsqu'elles se montrent en même temps que l'inflammation de l'intestin, ne dépendent pas d'elle , mais sont, comme elle, liées à la maladie principale, dont elles ne sont que le résultat ; lésions, en un mot, que l'on a justement nommées *secondaires*. Ce qui explique comment ces altérations secondaires sont plus fréquentes dans la fièvre typhoïde que dans les autres maladies aiguës, c'est qu'il résulte de l'étude des faits, que la fréquence et l'étendue des lésions de ce genre sont en raison directe de l'intensité et de la durée du mouvement fébrile ; or, comme chacun le sait, aucune maladie ne peut être comparée à la fièvre typhoïde sous ce rapport. Dans les autres affections aiguës, ce n'est pas l'existence de l'entérite qui donne lieu au mouvement fébrile, puisque l'inflammation de l'intestin ne survient qu'après plusieurs jours de fièvre ; il est donc aussi évident que possible que les lésions secondaires dont il s'agit, n'ont aucune relation de cause à effet avec l'entérite, et c'est ainsi que l'étude approfondie des faits nous fournit des résultats précieux qu'on n'obtiendrait jamais sans elle.

Telles sont les données que fournit l'anatomie pathologique relativement à la question qui m'est échue en partage. On ne saurait nier leur importance ; car elle est telle, que dès à présent nous pouvons affirmer que l'inflammation seule de l'intestin, quelle que soit son intensité, ne suffit pas pour produire les lésions observées chez les sujets morts de fièvre typhoïde, et que, quant aux lésions intestinales elles-mêmes, il y a dans la dernière affection une spécificité incontestable. Cela posé, passons à l'étude comparative des symptômes dans l'entérite simple et dans l'affection typhoïde. Nous allons trouver encore, pour nous éclairer, des faits nombreux et bien observés, les seuls auxquels il faille demander des renseignements positifs.

## § 2. Symptômes.

Je ne serai pas réduit dans ce paragraphe à comparer uniquement aux symptômes de la fièvre typhoïde ceux de l'entérite survenue dans le cours d'une autre maladie ; rien n'est si commun en effet que de voir



l'entérite simple, se déclarer au milieu du plus parfait état de santé et se traduire par des signes non équivoques aux yeux de l'observateur. Mais ici se présente encore une difficulté qu'il importe de lever : que doit-on entendre par entérite simple ? Certes, s'il fallait décrire sous ce nom une maladie toujours et parfaitement limitée à l'intestin grêle, on serait fort embarrassé, car on n'a pas encore trouvé de signes positifs à l'aide desquels on puisse distinguer entièrement l'inflammation de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, de celle du gros intestin. Dans certains cas de dysenterie, lorsque les douleurs sont bien circonscrites, et ne s'étendent pas au-delà du trajet du gros intestin, le diagnostic est peut-être moins difficile ; mais lorsque les coliques ont débuté par le pourtour du nombril, et qu'elles sont suivies de diarrhée plus ou moins abondante, peut-on limiter le siège de la lésion ? Faut-il dire avec M. Broussais, qu'à l'absence ou à la présence de la diarrhée on reconnaît, ou la concentration de l'inflammation dans l'intestin grêle, ou sa propagation au gros intestin ? On risquerait fort de se tromper ; car la diarrhée peut accompagner toutes ces lésions, ainsi que l'a démontré l'ouverture des corps, lorsque les sujets affectés d'entérite ont succombé à d'autres maladies.

Mais on peut aller plus loin, et demander encore, si dans les cas où l'on voit apparaître chez un sujet bien portant une diarrhée intense, accompagnée de coliques, de douleurs du ventre à la pression, quelquefois même d'un léger mouvement fébrile, il existe réellement une inflammation de l'intestin grêle. La réponse à cette question me paraît simple. Si l'on considère en effet : 1° que dans les cas où l'entérite est survenue dans le cours d'une autre maladie, elle a présenté les mêmes symptômes, et 2° si on a égard à ce qui se passe dans les inflammations de toutes les autres muqueuses, on ne pourra pas rapporter ces phénomènes à autre chose qu'à une inflammation de l'intestin. Maintenant, que cette inflammation soit bornée à l'intestin grêle et qu'il y ait une simple entérite, ou bien qu'elle s'étende au gros intestin et qu'il y ait entéro-colite, c'est ce qui importe peu pour la solution du problème que j'ai à résoudre ; car dès que tout porte à



croire que la fin de l'iléon est réellement enflammé dans les cas dont je parle, je peux comparer, avec fruit, leurs symptômes à ceux de la fièvre typhoïde.

1° *Invasion.*

Elle offre des différences notables dans les deux maladies. Ainsi, tandis que l'affection typhoïde débute par un mouvement fébrile ordinairement intense, et par une perte des forces beaucoup plus considérable que ne semble le comporter la gravité des autres symptômes : phénomènes accompagnés ou bientôt suivis de frissons et d'accidents cérébraux tels que la céphalalgie, la stupeur, les vertiges, l'entérite ne présente rien de semblable; à peine, dans des cas rares, débute-t-elle par quelques légers frissons, qui ne tardent pas à se dissiper; le mouvement fébrile, dans cette dernière maladie, est léger, quelquefois nul; la perte des forces est peu considérable ou seulement proportionnée à l'abondance des évacuations alvines; les autres symptômes que je viens d'indiquer ne se montrent pas. On le voit donc, dès les premiers jours, on peut distinguer l'une de l'autre la fièvre typhoïde, et l'inflammation proprement dite de l'intestin. Mais en passant en revue les principaux symptômes, nous verrons qu'on peut encore mieux distinguer ces deux affections dans leur cours.

2° *Comparaison des symptômes.*

Commençons par les symptômes abdominaux. Ceux qui semblent annoncer la lésion la plus profonde, l'inflammation la plus violente, se montrent, non pas dans la fièvre typhoïde, comme on devrait le croire si l'on attribuait, avec M. Broussais, la gravité de la maladie à l'exaspération de la lésion locale, mais dans l'entérite proprement dite. C'est ainsi que la *diarrhée* est non seulement beaucoup plus intense, mais qu'elle est plus constante et qu'elle survient généralement un peu plus tôt. La différence entre les *douleurs de ventre*, dans l'un et l'autre cas, est encore plus notable, et toujours en faveur de l'entérite. Presque constantes, en effet, et souvent vives dans celle-ci, elles manquent chez un certain nombre de sujets affec-



tés de fièvre typhoïde, et ne sont jamais aiguës. Assurément, un pareil résultat serait plus que surprenant, s'il était vrai que la fièvre typhoïde ne soit qu'une entérite ou une gastro-entérite ordinaire ayant acquis un très haut degré d'intensité. Mais poursuivons cette comparaison.

Le *météorisme* se montre au contraire dans une proportion tout à fait différente de celle que je viens d'indiquer pour les précédents symptômes; c'est-à-dire que, fréquent et considérable dans la fièvre typhoïde, il est extrêmement rare dans l'entérite, où il ne se montre que très léger et dans des cas tout à fait hors de la règle commune. Quant à l'état de la *rate*, il est tellement remarquable dans la première affection que les observateurs en ont été nécessairement frappés. Le gonflement de cet organe se révèle dans le cours de l'affection par la sensation de tumeur, par la matité de l'hypochondre gauche, et dans quelques cas, par la douleur, signes qui manquent entièrement dans l'entérite proprement dite. Voilà, assurément, de bien grandes dissemblances; mais en poursuivant rapidement ce parallèle, il sera aisé de faire voir qu'elles sont loin d'être les seules. Examinons-nous encore l'état du tube digestif? Nous voyons dans la fièvre typhoïde l'appétit constamment perdu, la langue rouge, sèche, noire dans un bon nombre de cas; des inflammations du voile du palais, de la luette, des amygdales; dans l'entérite au contraire, l'appétit n'est ordinairement pas entièrement perdu, et s'il l'est un instant, il ne tarde pas à se rétablir; à peine la langue est-elle blanchâtre; l'arrière-gorge ne présente aucune altération.

Portons-nous notre investigation sur les troubles de l'innervation et sur les lésions des sens? nous trouvons encore une opposition complète et presque constante. L'affection typhoïde nous présente une céphalalgie qui ne manque presque jamais au début; de la somnolence; souvent une altération plus ou moins profonde de l'intelligence; du délire dans un grand nombre de cas, un abattement considérable des forces, des éblouissements, des bourdonnements d'oreille, quelquefois de la surdité; et dans des cas ordinairement graves, des spasmes partiels des muscles; enfin, le trouble de la vue n'est pas un



phénomène rare. Si nous étudions l'entérite, sous tous ces rapports, à peine trouvons-nous un ou deux de ces symptômes, dans des cas tellement rares qu'ils peuvent être regardés comme entièrement exceptionnels, et encore ces symptômes sont-ils toujours bien loin de s'élever au degré d'intensité qu'ils acquièrent dans la fièvre typhoïde.

Si nous avançons encore dans ce parallèle, nous trouverons à chaque pas de nouveaux motifs de regarder l'affection typhoïde comme totalement distincte de l'entérite proprement dite. Qui ignore que les taches roses lenticulaires, qui se présentent du sixième au seizième jour de la maladie, appartiennent, pour ainsi dire, en propre à la fièvre typhoïde, et ne se rencontrent pas dans l'entérite? et qui ne sait qu'il en est à peu près de même des épistaxis, quoique ce dernier symptôme soit un peu moins fréquent que le précédent? Il faut en dire autant des sudamina. Les frissons existent bien plus fréquemment et sont bien plus violents dans la fièvre typhoïde que dans l'entérite; la même différence a lieu quant à la chaleur de la peau, qui est à peine élevée dans quelques cas d'entérite, et qui l'est constamment dans l'affection typhoïde; au contraire, les sueurs se montrent dans une proportion opposée. Ajoutons, pour terminer, que le pouls fréquent, concentré ou faible dans la maladie spécifique, est à peine un peu accéléré dans quelques cas d'inflammation franche de l'intestin, et souvent naturel.

En faut-il davantage pour montrer l'immense différence qui existe entre ces deux affections? et cependant, pour rendre la comparaison plus exacte, n'ai-je, parmi les sujets affectés de fièvre typhoïde, choisi que ceux qui guérissent; chez ceux qui succombent, nous trouverions, non pas des symptômes différents ou nouveaux, (car c'est un fait digne de remarque que dans les cas les plus légers, comme dans les plus graves, les mêmes symptômes existent), mais, du moins, plus intenses. C'est dans ces derniers cas surtout, que nous verrions les troubles fonctionnels secondaires, portés au plus haut degré, et que nous observerions la production de ces escharres de la peau qui, souvent, hâtent la terminaison funeste.



Tels sont les symptômes distinctifs de la fièvre typhoïde et de l'entérite. Il en est sans doute quelques autres que je pourrais mentionner; mais je ne dois pas oublier que c'est une question que j'ai à résoudre, et non une histoire détaillée des deux maladies à présenter.

Il résulte évidemment de ce qui précède, que sous tous les rapports soit anatomiques soit symptomatiques, sans exception, rien n'est plus distinct de l'entérite proprement dite que la fièvre typhoïde. Mais quoique cette conclusion ressorte directement des faits, il convient d'examiner les objections qu'on pourrait lui faire. Suivant M. Broussais, ai-je dit, l'exaspération de l'entérite simple suffit seule pour produire tous les symptômes typhoïdes; voici comment il exprime lui-même son opinion: «(1) Nous avons prouvé, nous, que les « symptômes du *typhus* étaient ceux d'une gastro-entérite aiguë, non « arrêtée dans sa marche et parvenue à un haut degré d'intensité.» Il suivrait donc de là que lorsque l'entérite durerait longtemps, avec des symptômes intenses, le *typhus* devrait se montrer avec tous ses caractères; il n'en est rien pourtant, et c'est ce que prouve l'examen des cas dans lesquels l'entérite est venue compliquer une maladie aiguë. Alors, en effet, elle peut durer un grand nombre de jours et jusqu'aux derniers moments du malade, sans qu'on voie paraître le groupe de symptômes caractéristiques de l'affection typhoïde. Mais, pourrait-on objecter encore, quelques-unes de ces maladies aiguës présentent dans leur cours, plusieurs symptômes qu'on regarde généralement comme typhoïdes, et entr'autres, la sécheresse de la langue, la fuliginosité des dents, la prostration; comment s'assurer alors que ces effets n'ont pas pour cause l'entérite exaspérée? On s'en assure facilement par l'étude attentive des faits; car elle nous apprend que ces symptômes sont sous la dépendance directe du mouvement fébrile, qu'ils ne sont nullement en rapport avec l'intensité de l'entérite, et qu'ils peuvent exister lorsque celle-ci manque. Ainsi, tout repousse l'explication que M. Broussais a donnée de la production de la fièvre typhoïde.

(1) Examen des doctrines, troisième édition, t. 4, p. 425.



§ 3. Marche, durée et terminaison des deux maladies.

En examinant les deux affections sous ces nouveaux points de vue, nous allons trouver de nouvelles différences. La fièvre typhoïde dont la *durée* est incomparablement plus longue que celle de l'entérite, puisqu'elle est de vingt jours, en admettant les calculs de M. Bouillaud lui-même (1), a une *marche* telle que M. Chomel a pu y reconnaître, outre les prodromes qui sont observés dans quelques cas, trois périodes assez bien limitées dans les trois septénaires dont se compose sa durée moyenne. Est-il besoin de dire qu'il n'en est pas de même dans l'entérite simple dont la durée, à très-peu d'exceptions près, n'excède guère quatre à cinq jours, à dater de l'entrée des malades dans les hôpitaux? Quant à la *terminaison*, elle n'est pas moins différente, puisque la mortalité de l'entérite simple est nulle chez l'adulte; que dans les cas où cette inflammation intestinale survient dans le cours d'une autre maladie aiguë, elle peut bien hâter la mort, mais ne la détermine pas seule, tandis que les terminaisons funestes de la fièvre typhoïde ne sont malheureusement que trop nombreuses.

Ici s'élève une objection souvent faite par M. Broussais, qui paraît lui accorder une très grande valeur. Selon lui, dans le principe, toute gastro-entérite est de la même nature, et peut se transformer en *typhus*; tout dépend; de la direction bonne ou mauvaise qu'on donne au traitement. Cette objection tombe devant les faits observés tous les jours. Je ne saurais mieux faire que d'emprunter à Dance un passage de son mémoire sur les fièvres graves, dans lequel il me paraît réfuter l'opinion de M. Broussais d'une manière tout à fait victorieuse. Après avoir présenté à la suite de quelques fièvres typhoïdes bien caractérisées, des observations de simple entérite facilement guérie par des moyens fort simples, il dit : (2) « Pourquoi la maladie disparaît-elle ici comme par enchantement, sous l'influence des antiphlogistiques, et la résiste-t-elle avec la dernière opiniâtreté, ne cédant point au traitement, mais s'évanouissant en quelque sorte

(1) Clinique médicale de l'hôpital de la Charité, t. 1, p. 380, 1827.

(2) Archives de médecine, tome 24, page 507.



spontanément après de certaines périodes révolues ? Est-ce que le degré seul du mal ferait varier ainsi les chances de l'art et de salut pour les malades ? Mais qu'on prenne tout à fait à sa première période une de ces affections auxquelles on a donné à plus juste titre le nom de fièvre typhoïde, affection qui a pour siège principal les follicules intestinaux, et notamment ceux de Peyer : la fera-t-on avorter subitement par les saignées et les sangsues, comme nous l'avons vu précédemment ? Les faits sont prêts à répondre, et nous en avons cité un bon nombre. *Ces cas d'ailleurs que l'on dit être propres à engendrer les fièvres graves*, on les voit guérir également par le quinquina, non que nous pensions que ce médicament soit leur remède, mais parce qu'il est de la nature de ces affections d'être peu influencées par nos moyens thérapeutiques, et de tendre spontanément au rétablissement de la santé moyennant un peu de régime (1) ; on les voit guérir également par les méthodes les plus perturbatrices. .... Et, là-dessus, Dance cite plusieurs cas d'entérite assez intense, guéris très bien malgré l'emploi des vomitifs et des purgatifs. Il serait difficile de répondre à un pareil passage, surtout si on jetait un coup d'œil sur les faits cliniques dont la science abonde. Assurément, on ne dira pas que M. Bouillaud exaspère les entérites par un traitement incendiaire, et cependant les fièvres typhoïdes guéries ont, entre ses mains, une durée moyenne de 20 jours, tandis qu'une entéro-colite entretenue depuis long-temps par un mauvais régime et dans laquelle ce praticien n'emploie ni saignée ni sangsues, disparaît en trois ou quatre jours. Mais il n'est pas nécessaire de chercher ailleurs que dans les faits publiés sous la direction de M. Broussais lui-même, la preuve de ces propositions. Qu'on ouvre les *Annales de médecine physiologique*, et l'on y verra que, quel qu'ait été le traitement, les véritables affections typhoïdes (2) ont eu une durée d'un mois et plus, tandis que les entérites sim-

(1) Je ne puis adopter cette opinion sur l'influence presque nulle du traitement dans l'entérite simple. Nous voyons, en effet, tous les jours cette maladie céder en très peu de temps aux préparations opiacées.

(2) Voy. tom. 2. 1822. page 8. — Tom. 10, page 109. 1826. etc., etc.



ples disparaissaient très rapidement. Il est d'ailleurs si peu exact de dire que l'entérite exaspérée peut donner lieu à la fièvre typhoïde, qu'un médecin un peu instruit n'hésitera jamais à affirmer dans un cas où l'inflammation simple de l'intestin existera, que les symptômes typhoïdes ne se montreront pas, quelque moyen qu'on emploie; et comment pourrait-il le faire, s'il suffisait d'un traitement mal dirigé pour produire le *typhus*? Le fait d'entéro-colite cité par M. Bouillaud est une preuve de cette vérité, puisque par des écarts de régime répétés pendant 20 jours consécutifs, le sujet de l'observation tendait continuellement à exaspérer sa maladie, qui néanmoins conservait son caractère de bénignité.

J'en ai dit assez, je pense, pour convaincre que la question envisagée sous le point de vue de la symptomatologie, ne laisse pas plus de doute que lorsqu'on la considère sous le point de vue anatomique. Et qu'on ne s' imagine pas que les propositions précédentes soient uniquement fondées sur une appréciation générale et peu rigoureuse des faits; il n'est peut-être pas de maladie qui ait été étudiée avec plus de soin, sous tous ses rapports, que la fièvre typhoïde, considérée isolément, ou comparée avec les autres affections aiguës, et notamment avec l'entérite. Chacun des détails précédents est l'expression abrégée, le résumé de recherches aussi exactes, longues et pénibles, que satisfaisantes pour les esprits rigoureux. Il serait donc bien injuste de soutenir encore, ainsi qu'on l'a déjà trop fait, que les différences signalées entre la fièvre typhoïde et l'entérite proprement dite, ne sont que des résultats d'anatomie pathologique, et qu'on a négligé, en les recherchant, d'interroger la nature vivante. Les signes différentiels de ces deux affections sont si bien connus, qu'en se fondant sur l'étude des faits, et en faisant la part de quelques exceptions dont j'ai montré plus haut l'extrême rareté, on peut avancer la proposition suivante : De même que la lésion spécifique des plaques de Peyer étant donnée, on peut indiquer positivement les symptômes les plus remarquables observés pendant la vie; de même, ce groupe de symptômes étant donné, on peut annoncer quelle est la principale lésion intestinale



qu'on trouvera après la mort. D'un autre côté, s'il est vrai, ainsi que je l'ai fait voir au commencement de cette dissertation, que la présence des lésions de l'entérite simple suffise, sinon pour faire connaître les symptômes qui ont dû l'accompagner, du moins pour exclure ceux de la fièvre typhoïde, il n'est pas moins vrai que la présence des symptômes de l'entérite simple indiquera au médecin éclairé, sinon que l'inflammation proprement dite se montrera à l'ouverture du corps, du moins que la lésion caractéristique de l'affection typhoïde n'existera pas. En faut-il davantage pour que le diagnostic soit solidement établi? Et comment en serait-il ainsi, s'il ne fallait qu'une simple exaspération de symptômes pour que la maladie la plus légère prît la forme de la plus grave, et si un traitement quelconque pouvait enlever rapidement à cette dernière ses caractères distinctifs? Tous ces arguments, qui ne sont que l'expression des faits, sont tellement puissants, que je pourrais, dès à présent, regarder la question comme résolue; mais je dois remplir ma tâche jusqu'au bout, et ne quitter cette comparaison de la fièvre typhoïde et de l'inflammation pure et simple de la fin de l'iléon, qu'après l'avoir poussée jusqu'à ses dernières limites. Passons donc à l'étiologie des deux maladies, et à l'action du traitement sur elles, les seuls points qui me restent encore à étudier.

#### *Etiologie des deux maladies.*

Les causes attribuées à l'entérite simple sont connues de tout le monde; parmi elles, je mentionnerai principalement les agents irritants portés directement sur le canal digestif, tels que les aliments de mauvaise qualité, les acides, les alcooliques, les drastiques, les poisons âcres qui ont pu franchir le pylore. J'indiquerai aussi les alternatives de chaud et de froid, et surtout les fortes chaleurs; les répercussions d'exanthèmes, etc. Ces causes, qui produisent si fréquemment l'inflammation de l'intestin, ne sauraient en aucun cas produire l'affection typhoïde; il n'existe pas une seule observation qui puisse, je ne dirai pas démentir cette proposition, mais jeter le moindre doute sur elle.



*Influence de l'âge.* L'inflammation simple de l'intestin est commune à tout âge; on l'observe depuis les premiers moments de l'existence jusqu'à la dernière vieillesse; c'est un fait incontestable et incontesté; mais il est bien loin d'en être de même pour la fièvre typhoïde. Les recherches récentes ont prouvé que c'était de dix-huit à trente ans que cette affection se manifestait le plus fréquemment chez les adultes; que passé cet âge, elle devenait plus rare, et qu'on ne la retrouvait plus après cinquante ou cinquante-deux ans; nouveau trait de différence dont l'importance est facile à sentir. Ces relevés n'ont été faits que sur les adultes; mais des observations particulières, recueillies par M. Taupin, interne à l'hôpital des Enfants malades, prouvent que, chez les enfants, la fièvre typhoïde peut se montrer avec tous les caractères qu'elle présente chez l'adulte; toutefois, les recherches ne sont pas assez complètes pour qu'on sache jusqu'à quel point l'enfance est sujette à cette affection. Il n'y a donc réellement que la vieillesse qui en soit exempte; et quelques observateurs ont paru attribuer cette particularité à ce que l'affection n'affectait pas deux fois le même individu (1). Mais cette explication est loin d'être satisfaisante, puisque parmi les vieillards il en est un grand nombre qui ne l'ont jamais eue, et qui ne sont pas pour cela plus exposés que les autres à la contracter. Quelques observations ont été néanmoins publiées comme des cas de fièvre typhoïde survenue chez des vieillards; j'en citerai deux qui me paraissent mériter d'être examinées: la première, parce qu'elle se trouve rapportée dans l'ouvrage où la valeur de la lésion intestinale a le plus anciennement été signalée; la seconde, parce que, recueillie dans ces derniers temps avec assez de détails, elle semble offrir toutes les garanties nécessaires.

La première de ces observations se trouve dans l'ouvrage de MM. Petit et Serres (2); il s'agit d'un homme âgé de soixante ans, qui, après avoir présenté, pendant onze mois, les symptômes d'une maladie chronique, fut pris bientôt de symptômes plus aigus, parmi lesquels la dou-

(1) Trousseau, loc. citat.

(2) 24<sup>me</sup> observ., page 119.



leur du ventre était le plus remarquable ; pour tous signes d'affection typhoïde, il y eut la sécheresse de la langue et la fuliginosité des dents ; et à l'autopsie, on trouva la *cavité abdominale remplie de sérosité*, et dans les intestins *des taches jaunes et blanches, de la grandeur d'un franc, ne s'étendant pas à la face péritonéale de l'intestin* ; les glandes mésentériques étaient engorgées, et présentaient à la section *une substance dure et lardacée, nullement en suppuration*. Malgré le vague de l'observation, vague reconnu par MM. Petit et Serres eux-mêmes, qui n'avaient pas été témoins du fait, mais en tenaient le récit d'un élève, les détails qu'elle renferme suffisent pour démontrer, contrairement à l'opinion de ces deux auteurs, qu'il existait dans ce cas une péritonite chronique, et non une fièvre typhoïde.

Le second fait appartient à M. Prus, qui en a donné l'histoire dans la Revue médicale (1). Le sujet de l'observation est une femme qui pendant la vie présenta pour symptômes, de la stupeur, le coucher en supination, le teint terreux, les yeux ternes, les narines pulvérolentes, l'enduit fuligineux de la langue, la sécheresse et l'aridité de la peau, la fréquence et la petitesse du pouls, le météorisme du ventre, symptômes que M. Prus s'est attaché à faire ressortir, et auxquels il faut joindre l'excrétion d'un crachat *mucoso-purulent*, rendu à la suite de la toux, sans doute. A l'autopsie, on trouva quelques plaques de Peyer saillantes ou ulcérées ; mais il n'est rien dit du tissu cellulaire sous-muqueux, pas plus que du *mésentère* ; omissions qui doivent déjà laisser bien du doute sur l'existence de la fièvre typhoïde. D'un autre côté, il y avait des granulations tuberculeuses dans le poumon, et si l'on rapproche cette circonstance de l'absence de symptômes très importants, tels que la diarrhée, les épistaxis, les taches roses lenticulaires, les sudamina, on devra avoir plus que du doute ; on devra être certain que la fièvre typhoïde n'existait pas. Au moment même où j'écris ces lignes, je prends connaissance d'une observation semblable recueillie tout récemment à l'Hôtel-Dieu par M. Fauvel, interne de l'hôpital, et qui montre bien jusqu'à quel point il faut être

(1) Janvier, 1837.



attentif dans l'étude des symptômes pour ne pas s'en laisser imposer par les apparences. Il s'agit encore d'un cas de phthisie, non plus il est vrai, chez un individu avancé en âge, mais chez un jeune homme, ce qui devait rendre le diagnostic encore plus difficile. Ce malade présentait des phénomènes semblables à ceux qui ont été notés par M. Prus, et de plus, une éruption remarquable de sudamina ; mais la maladie n'avait pas la même marche que la fièvre typhoïde, mais la toux avait débuté avec les premiers accidents, et il y avait absence de météorisme, d'épistaxis, de taches lenticulaires. L'ouverture du corps montra une multitude de granulations tuberculeuses dans le péritoine, la rate, les poumons ; une dégénérescence tuberculeuse du mésentère et des ulcérations de même nature dans l'intestin grêle. En présence de ces lésions, il fallut renoncer au soupçon d'une fièvre typhoïde, dont on n'avait pu se défendre pendant la vie du malade. Tout porte à croire que le cas observé par M. Prus, était du même genre que ce dernier ; d'où il suit que la loi signalée plus haut, et qui est basée sur un nombre considérable de faits subsiste dans toute sa force. Voilà donc entre la fièvre typhoïde et l'entérite une nouvelle différence bien constatée, celle de l'âge des sujets atteints de l'une ou de l'autre.

J'ai déjà dit que M. Bretonneau regardait comme un caractère de l'affection typhoïde de n'affecter les sujets qu'une fois en leur vie. Les faits observés par M. Chomel viennent à l'appui de cette opinion (1) : sur cent trente malades interrogés sur ce point, il n'en est aucun, dont le rapport ait pu faire présumer qu'il avait pour la seconde fois cette maladie ; tandis que la plupart d'entre eux affirmaient qu'ils l'avaient pour la première fois. L'entérite au contraire est une des affections qui récidivent le plus fréquemment et avec le plus de facilité. La fièvre typhoïde présente encore ceci de remarquable, qu'elle affecte dans une bien plus grande proportion, les jeunes gens récemment arrivés à Paris, que les personnes qui y sont déjà acclimatées ; tandis que l'acclimatement n'a pas la même influence sur l'entérite ; ajoutons enfin, que rien n'est plus commun que de

(1) Leçons de clinique médicale, page 309.



voir l'entérite survenir comme lésion secondaire, dans le cours d'une maladie aiguë, et que les cas de complication de ces mêmes maladies par la fièvre typhoïde sont excessivement rares. Je pourrais présenter encore d'autres considérations sur l'étiologie ; mais j'ai produit les principales, et de plus grands détails seraient superflus.

*Action du traitement sur les deux maladies.*

J'ai fait connaître, à propos de la terminaison des deux affections, avec quelle facilité l'entérite cède au traitement le plus simple, tandis que dans les cas les plus favorables, la fièvre typhoïde résiste pendant un temps toujours assez long, et parcourt ses périodes, même lorsqu'on emploie le traitement le plus actif ; je n'y reviendrai point. J'ajouterai seulement un mot, relativement à l'entérite des nouveau-nés. L'inflammation de l'intestin est très grave dans les premiers jours de l'existence, chez les sujets observés à l'hospice des enfants trouvés ; mais j'ai fait connaître ailleurs les circonstances extrêmement défavorables dans lesquelles se trouvent les malades, et qui expliquent la grande mortalité d'une affection si légère à un autre âge.

Me voilà parvenu au point où je peux résoudre avec connaissance de cause la première des deux questions que je me suis posées. J'ai fait voir que, sous quelque point de vue qu'on envisage les deux maladies, elles se montrent avec les caractères distinctifs les plus tranchés, en sorte qu'il ne peut plus y avoir aucun doute pour nous, et que la fièvre typhoïde et l'entérite sont tout aussi distinctes que le catarrhe, pulmonaire et la pneumonie, qui sont aussi des inflammations siégeant dans le même organe.

ART. II.

*Les deux affections étant reconnues distinctes, doit-on faire consister toute leur différence dans la spécialité de l'une d'elles, ou doit-on en admettre une plus grande encore ?*

Cette seconde question est beaucoup plus délicate que la première ; il s'agit, en effet, non plus d'établir un diagnostic dont les recher-



ches les plus exactes nous ont fourni tous les éléments, mais de chercher à connaître la nature même de la fièvre typhoïde, sur laquelle les meilleurs esprits sont divisés d'opinions.

Quoique je me sois attaché jusqu'à présent à démontrer combien l'affection typhoïde différerait de l'inflammation simple du tube intestinal, je n'ai point voulu prétendre qu'il n'y eût point d'inflammation dans l'intestin. La lésion des plaques est trop évidemment de nature inflammatoire pour que personne ait pu le nier. Mais cette inflammation des follicules est-elle la source de tous les symptômes, ou n'est-elle qu'un des phénomènes ordinaires de la maladie? Il importe, pour répondre à cette question, de rechercher, comme l'a fait M. Chomel(1): 1° Si la gravité de la lésion est généralement proportionnée à la gravité des symptômes; 2° si elle est primitive ou secondaire.

1° Il suffit de parcourir les nombreuses observations que possède la science, pour s'assurer que la gravité de la lésion intestinale est variable dans les différents cas, et que l'intensité des symptômes n'est pas toujours en rapport direct avec cette plus ou moins grande gravité. M. Chomel a réuni plusieurs cas dans lesquels on ne trouvait qu'une ou deux ulcérations dans l'iléon, et qui cependant avaient présenté pendant la vie des phénomènes formidables. A ces faits il ne serait pas difficile d'en joindre de semblables et, par conséquent rien n'est mieux démontré que le défaut de corrélation de la gravité des symptômes, à la gravité des lésions chez un certain nombre de sujets affectés de fièvres typhoïdes. Mais M. Andral a fait justement remarquer : (2) « qu'il en est de même dans la plupart des « maladies où, chez les différents sujets, apparaissent à l'occasion d'une « lésion identique, des symptômes de nature et de gravité variables. » On peut même renchérir sur cette proposition, sans crainte d'être démenti par les faits. Qui ignore, en effet, que telle inflammation très peu considérable du poumon donne lieu à des symptômes généraux infiniment plus intenses, que telle autre qui occupe une

(1) Loc. citat., page 525.

(2) Clinique médicale, tom. 1, p. 525.



étendue double ou triple de cet organe? Qui ne sait aussi qu'au début des inflammations les mieux caractérisées, des symptômes généraux très graves peuvent ouvrir la scène, alors même que rien n'annonce une altération de l'organe qui doit être plus tard le siège de la maladie? L'angine et l'érysipèle nous en fourniraient au besoin des exemples. Peut-être pourrait-on dire que les cas de ce genre sont plus fréquents dans la fièvre typhoïde; mais il n'y aurait là qu'une différence de proportion, et non une différence de nature de la maladie. On peut sans doute tout expliquer en disant, et non sans raison, que dans les cas dont il s'agit, qu'ils appartiennent ou non à la fièvre typhoïde, il y a plus que ce qui tombe sous les sens de l'observateur, et que tout ne peut pas être attribué à la lésion locale. Mais par cela seul que cette remarque ne s'applique pas plus particulièrement à l'affection typhoïde qu'aux autres phlegmasies, et qu'elle n'exprime qu'un fait de pathologie générale, elle ne saurait servir à éclairer la question qui nous occupe. Notons, en outre, que dans plus de la moitié des cas, les symptômes locaux de la fièvre typhoïde apparaissent les premiers; que dans la grande majorité, les lésions augmentent en étendue et en profondeur, à mesure que les troubles fonctionnels prennent de l'accroissement, et nous serons conduit à conclure que la disproportion des lésions et des symptômes chez quelques sujets, ne suffit pas pour décider la question, et que d'autres considérations sont nécessaires. Aussi M. Chomel, et après lui, M. Littré qui partage sa manière de voir, ont-ils cherché dans la comparaison de la fièvre typhoïde avec les exanthèmes fébriles, de nouveaux arguments en faveur de leur opinion.

Cette comparaison, avait déjà, comme chacun sait, été faite par M. Bretonneau qui donne à l'affection typhoïde, le nom de dothinentérite. Ce praticien avait reconnu à cette maladie comme à la variole, des périodes distinctes; et suivant presque jour par jour le développement des plaques, il l'avait comparé au développement des pustules varioliques. Cette régularité dans la marche de l'altération folliculaire n'a point été vérifiée depuis par les observateurs; aussi est-ce sous



un autre point de vue, que MM. Chomel et Littré (1) ont repris la question. M. Chomel s'est livré à ce sujet à d'importantes considérations, dont les résultats principaux sont : 1° que la lésion participe des caractères des phlegmasies dont elle a la forme *disséminée* ; 2° qu'elle ne peut pas être produite artificiellement ; cette assertion a été contredite il est vrai ; nous verrons plus loin ce qu'il faut en penser, 3° qu'elle est de l'espèce des lésions secondaires, ainsi que les lésions de la peau dans les fièvres exanthématiques.

Cette manière d'interpréter les faits est certainement des plus ingénieuses ; le rapprochement des phlegmasies disséminées entre elles est surtout présenté avec beaucoup d'art, et a tous les attrails d'une brillante théorie ; mais comme M. Chomel le fait observer lui-même, il faudrait, pour que cette théorie fût pleinement confirmée, que des observations exactes eussent démontré la contagion jusqu'à présent incertaine de la fièvre typhoïde. Ainsi donc, quelque séduisantes que soient ces considérations, elles ne suffisent pas encore pour résoudre le problème. Voyons si nous la trouverons dans un autre ordre de faits.

La plupart des pathologistes ont fixé leur attention sur l'état du sang dans la fièvre typhoïde, et quelques-uns ont attribué à sa décomposition les principaux désordres fonctionnels ou organiques que présentent les malades. Les recherches sur ce point sont très nombreuses ; aussi n'est-ce pas sans étonnement qu'on entend M. Magendie (2) affirmer que jusqu'à lui on s'est à peine occupé des altérations des liquides, et qu'on ne leur attache aucune importance. Depuis que M. Gaspard a fait ses expériences sur l'injection des matières putrides dans les veines (3), d'autres observateurs les ont répétées avec des résultats semblables à ceux qu'il a obtenus. Je citerai principalement celles de M. Bouillaud, faites avec soin et rap-

(1) Dict. de médecine, tom. X, 1835. Article Dothiénenterie.

(2) Leçons sur les phénomènes physiques de la vie, professées au collège de France ; 1837. Tom. 2, pag. 9 et autres.

(3) Journal de physiologie. 1822-1824.



portées avec détail (1). Ces expériences furent pratiquées sur des chiens qui présentèrent, pour symptômes, de la stupeur, de l'abattement, de la prostration, un mouvement fébrile marqué, une odeur fétide, la perte de l'appétit, des vomissements, des selles liquides et fétides, et de plus, la gêne de la respiration, l'oppression, la toux. L'ouverture des corps montra constamment l'engorgement des poumons, la liquidité du sang, et la rougeur des parois internes du cœur et des vaisseaux. Quant aux lésions de l'intestin, elles manquèrent une fois, et lorsqu'elles existaient, elles consistaient dans l'injection, l'ecchymose, l'épaississement de la membrane muqueuse; on trouvait aussi dans cet organe, des ulcérations, mais beaucoup plus souvent dans le duodénum et dans le gros intestin que partout ailleurs. Au reste il n'est nullement question dans ces expériences, pas plus que dans celles de M. Gaspard, des plaques de Peyer, et rien ne prouve que le tissu sous-muqueux présentât, chez les animaux ainsi sacrifiés, les altérations si remarquables dont il est le siège dans la fièvre typhoïde. Les expériences citées antérieurement par M. Gendrin (2), avaient eu les mêmes résultats.

Le principal moyen employé dans ces derniers temps par M. Magendie pour produire des lésions et des symptômes analogues à ceux de la fièvre typhoïde, consiste dans ce qu'il appelle la *défibrination* du sang. Par le procédé qu'il emploie, il enlève au sang la propriété de se coaguler, d'où il résulte, de l'abattement, de l'oppression, de la gêne de la respiration, et à l'ouverture du corps des animaux, on trouve (3) le sang fluide, des engorgements sanguins du poumon et de la rate; des plaques brunâtres dans les intestins, dont le réseau sous-muqueux est gorgé de sang liquide, et qui présente des veinules dilatées. Il n'y a, assurément, dans ces expériences rien d'assez nou-

(1) Traité clinique et expérimental des fièvres dites essentielles, 1826 pag. 227 et suivantes.

(2) Recherches sur la nature et les causes prochaines des fièvres. 1823. — Tom. 2, pag. 134.

(3) Voy. Leçons sur les phénomènes de la vie. Tom. 2, pag. 198.



veau, si ce n'est le moyen employé, pour que M. Magendie soit autorisé à accuser les observateurs contemporains d'avoir négligé de semblables recherches.

Rapprochons maintenant de ces expériences les observations, déjà nombreuses, qui ont été faites sur le sang dans la fièvre typhoïde; nous verrons ensuite quelles inductions on en a tirées, et en quoi elles peuvent nous être utiles dans la solution de la question. Dès longtemps, la dissolution du sang dans les fièvres putrides avait été signalée; mais, dans ces derniers temps, on a fait une étude beaucoup plus approfondie de l'état de ce liquide, et l'on a même cherché à découvrir des altérations plus intimes à l'aide de l'examen microscopique. Je ne dirai rien de ces dernières observations, attendu qu'elles n'offrent encore rien de positif.

M. Bouillaud, entr'autres, a multiplié les expériences sur cette importante question de l'altération du sang dans l'affection typhoïde, et a examiné avec soin le sang des saignées générales et locales depuis le commencement de la maladie jusqu'à une époque où les autres praticiens n'ont pas coutume de pratiquer des saignées, ce qui lui a permis de suivre assez loin les progrès de la dissolution du liquide. D'après ses observations, le sang devient de plus en plus diffluent à mesure que les phénomènes *typhoïdes* ou *putrides* deviennent prédominants (1). C'est sur du sang pris chez des sujets traités dans le service de ce professeur, que M. Lecanu a constaté, par l'analyse, la diminution notable du nombre des globules.

On ne saurait donc en douter, le sang des individus qui ont succombé à l'affection typhoïde, présente une véritable *défibrination*, pour me servir de l'expression de M. Magendie. Mais cette seule ressemblance suffit-elle pour admettre l'identité des lésions fonctionnelles et organiques chez les fiévreux et chez les animaux qui ont servi aux expériences? Souvenons-nous que les altérations anatomiques décrites par les expérimentateurs, ne ressemblent nullement à

(1) Clinique de la Charité. Tome I, page 307.



celles qu'on trouve dans les glandes de Peyer à la suite des fièvres typhoïdes, et gardons-nous de nous prononcer trop légèrement, sur de simples analogies.

Pour moi, qui n'ai point à rechercher quelle est la nature de la fièvre typhoïde, mais seulement si elle est autre chose que l'inflammation de l'intestin, qu'une entérite, je dois seulement me demander si cette altération est primitive ou consécutive; en d'autres termes, si elle n'est qu'une conséquence de la lésion intestinale, ou si elle pré-existe à cette lésion. Ici, la difficulté est extrême. Je ne crois pas qu'on ait eu l'occasion d'observer les maladies assez tôt, pour savoir si, au début même de l'affection, le sang est déjà altéré. Les observations de M. Bouillaud ne sauraient résoudre le problème; car, de ce que la dissolution du sang augmente à mesure que les symptômes prennent du développement, il ne s'en suit pas qu'elle ait été précédée de la lésion des follicules; tout ce qu'on en peut conclure, c'est que l'altération des liquides augmente progressivement comme celle des solides, marche naturelle à toutes les lésions observées dans le cours de la plupart des maladies fébriles.

Une opinion récemment émise par M. Delarroque (1) place primitivement la cause des phénomènes typhoïdes dans le canal intestinal. Ce praticien attribue en effet les altérations organiques et fonctionnelles qui caractérisent la fièvre, à l'absorption des liquides intestinaux par la membrane muqueuse avec laquelle ils sont en contact; mais il n'est pas nécessaire, selon lui, que la muqueuse soit altérée pour que cette absorption ait lieu. La maladie est donc, d'après cette manière de voir, toute autre chose qu'une entérite; car ce ne peut être la lésion locale qui donne lieu aux symptômes généraux, puisque cette lésion locale est produite elle-même par la cause qui engendre en même temps les symptômes, c'est-à-dire la stagnation des matières excrémentitielles liquides dans la fin de l'iléon, suivie de leur résorption. Pour toute objection, il suffit de demander comment, dans les cas

(1) Lettre adressée à l'Académie de Médecine, 18 mars 1837, et thèse de M. Beau. Paris, 1836, n° 263.



où il y a diarrhée, et où par conséquent les liquides intestinaux ne stagnent pas plus que dans l'entérite simple, les symptômes typhoïdes peuvent exister.

Le besoin de trouver autre chose que l'entérite pour l'explication des phénomènes morbides, s'est tellement fait sentir, qu'on a été jusqu'à demander cette explication aux lésions du système nerveux. M. Chomel a réfuté cette théorie qui ne nous intéresse que d'une manière tout à fait secondaire.

Tels sont les faits que j'ai trouvés dans la science pour m'éclairer sur cette seconde partie de la question. On voit que de leur rapprochement, il n'est pas facile de faire sortir une conclusion inattaquable. Cependant, en me basant sur eux, je crois qu'on peut avancer que l'altération inflammatoire des plaques de Peyer paraît être ordinairement le point de départ des symptômes; mais qu'il y a, dans cette altération et dans les symptômes qui l'accompagnent, un caractère tout particulier de spécificité, que n'expriment pas suffisamment les mots *entérite folliculeuse* ou *entéro-mésentérite aiguë*.

Arrivé aux termes de cette discussion, je ne saurais mieux la fermer qu'en réunissant les réponses faites plus haut aux deux questions secondaires que je me suis posées, et en les présentant sous forme de conclusions.

#### CONCLUSIONS.

1° La fièvre typhoïde et l'entérite proprement dite sont deux maladies parfaitement distinctes.

2° Dans la majorité des cas, l'altération des follicules intestinaux et des ganglions mésentériques paraît être le point de départ des troubles fonctionnels. Cette altération est de nature inflammatoire; mais elle est tellement spécifique, que les noms d'*entérite folliculeuse* et d'*entéro-mésentérite* sont insuffisants pour les désigner.

FIN.