

vu, chez une fille manifestement vouée à la nervosité, éclater pendant le typhus une vraie *folie hystérique*. Parfois à l'entrée d'une *récidive* l'excitation mentale s'est montrée avec tant de véhémence, qu'elle se transforma en véritable psychose. La plupart des aliénations qui entravent la marche ou la convalescence du typhus se terminent d'ailleurs par la guérison.

Enfin il nous reste encore à mentionner quelques maladies nerveuses qui se montrent pendant ou après le typhus. Des *névralgies*, principalement sur le trajet du trijumeau, des nerfs occipitaux, etc. se produisent accidentellement, soit au début, soit à la fin de la maladie. Une grande *hyperesthésie* de la peau et des muscles se déclare parfois pendant la convalescence, notamment aux extrémités inférieures. On observe encore des *paralysies musculaires isolées* (comme, par exemple, du grand dentelé) ou de toute une extrémité, à la suite du typhus. Elles appartiennent le plus souvent à la classe des paralysies atrophiques et sont en général probablement d'origine *névritique*. De même l'*ataxie* ou la *paralysie spastique* des jambes sont signalées exceptionnellement comme maladies consécutives. Finalement, au cours ou en suite du typhus, apparaissent beaucoup de manifestations *cérébrales* à foyer (hémiplegie, troubles aphasiques, etc.) dont les causes anatomiques (hémorragies, processus emboliques, parfois aussi encéphalites circonscrites) ne semblent pas toujours être identiques.

**4. Organes de la circulation.** Les grandes lésions anatomiques du cœur (endocardite et péricardite) se rencontrent très rarement. L'endocardite mitrale légère qu'on voit parfois à l'autopsie, n'a pas d'expression clinique. Par contre, plusieurs auteurs attribuent une valeur importante à la *dégénérescence parenchymateuse* qui s'observe fréquemment, de même qu'à la *transformation graisseuse du muscle cardiaque*, laquelle, selon eux, est peut-être la cause de la paralysie du cœur. Pour nous, nous ne saurions admettre un rapport certain entre les susdites altérations anatomiques et les symptômes de défaillance cardiaque qu'on note pendant la vie, puisque l'expérience enseigne que ces deux phénomènes ne sont pas dans une relation constante l'un envers l'autre.

La *fréquence du pouls* dans le typhus est presque toujours *augmentée*, quoiqu'en général le typhus soit une maladie dans laquelle la vitesse des pulsations du cœur ne se règle pas toujours sur le degré de chaleur fébrile. Ordinairement le pouls bat de 90 à 110 fois à la minute, parfois encore plus. Une accélération qui se maintient à 140 et au-delà chez les adultes, est un symptôme toujours défavorable. La vitesse anormale du pouls est certes due en partie à l'augmentation de la chaleur. Mais qu'il existe encore d'autres influences qui agissent sur le cœur, cela résulte de cette circon-

stance que le parallélisme entre l'intensité de la fièvre et la rapidité du pouls n'existe pas toujours. On cite en effet des cas dans lesquels pendant toute la durée de la maladie, le pouls, malgré l'existence de la fièvre, s'est maintenu à la normale ou est même descendu au-dessous. Des *affolements passagers* par émotion morale, par un effort physique (parfois simplement quand ils se redressent dans le lit) etc. se produisent avec la plus grande facilité chez les typhiques. Une fois la maladie terminée, le nombre des *pulsations* est souvent *sous-normal*.

Des *pulsations irrégulières* s'observent parfois à l'apogée du typhus ou après sa terminaison. Une arythmie plus accentuée est toujours un signe suspect. Pourtant elle se corrige souvent sans conséquences ultérieures.

Le *dicrotisme du pouls* est si fréquent qu'aujourd'hui encore il est considéré par les vieux médecins comme caractéristique du typhus, quoiqu'il se déclare de la même façon dans d'autres maladies aiguës. Il est dû à une *diminution de tension* de la paroi artérielle, résultant de la fièvre.

Par suite de l'affaiblissement de l'impulsion cardiaque, il peut se produire des *thromboses dans les veines*, principalement celles des extrémités inférieures. C'est la cause de l'œdème qui, dans la convalescence, affecte parfois l'un des membres inférieurs, et qui, après quelques semaines, rétrocede presque toujours. Cependant les thromboses apparaissent aussi dans les premières phases de la maladie chez des individus encore tellement forts, que c'est par acquit seulement qu'on les met sur le compte de la faiblesse du cœur et qu'elles font plutôt songer à une action spécifique locale. Ces coagulations dans les veines crurales peuvent, très rarement par bonheur, donner lieu à l'*embolie de l'artère pulmonaire* et à la mort subite.

Dans des cas graves, à terminaison mortelle, on trouve quelquefois des *thromboses dans le cœur* avec embolies dans les poumons, puis dans la rate, les reins et ainsi de suite.

C'est aussi à la faiblesse cardiaque et à l'état languissant de la circulation qu'il faut imputer l'*œdème des malléoles et des jambes* qui se déclare souvent dans la convalescence, surtout quand les malades commencent à se lever. Dans un cas, nous avons vu chez une fille de 14 ans, se développer, après le décours d'un typhus grave, une *hydropisie générale* où l'autopsie ne révéla d'autre cause probable qu'une atrophie et une flaccidité excessive du cœur.

**5. Peau.** Un exanthème caractéristique du typhus et très important pour le diagnostic, ce sont les roséoles qui apparaissent en nombre très variable, à l'entrée du second septenaire, ordinairement au tronc et surtout à l'abdomen. Dans des cas rares, principalement chez les vieillards, elles

semblent faire complètement défaut. Parfois elles sont excessivement abondantes ; on les retrouve alors sur les cuisses, les bras, rarement au cou et à la figure. Souvent elles pâlisent après peu de jours. D'autres fois elles sont beaucoup plus longtemps visibles et peuvent, à un faible degré, acquérir le caractère *pétéchial*, et ainsi ne plus disparaître complètement sous la pression. Il arrive qu'elles se développent jusqu'à former de petites papules planes. Parfois il s'en fait plusieurs *poussées successives*. Nous avons vu plusieurs cas dans lesquels, quelques jours même après la cessation de la fièvre, de nouvelles taches rosées continuaient toujours à se montrer.

En ce qui concerne les autres exanthèmes, disons tout d'abord que l'*herpès labial* est tellement *rare* dans le typhus que son apparition dans des cas douteux est un argument à l'encontre de ce diagnostic. Parmi ces différentes éruptions, la *miliaire*, l'*urticaire* et les *pustules* superficielles sont assez fréquentes. On désignait autrefois sous le nom de taches bleuâtres (*pelionia typhique*) de petites macules de couleur bleue qui apparaissent de préférence sur le tronc. D'après des observations récentes, ces taches n'ont rien à faire avec le typhus comme tel, mais tiennent à la présence de *morpions*. La désignation de *pelionia typhique* pourrait peut-être s'appliquer aux *vésicules*, de la dimension d'un pois, et à *contenu séro-sanguin* que nous avons observées à diverses reprises sur la peau du ventre chez les typhiques gravement atteints. Les *furoncles* et les *abcès cutanés* sont des maladies consécutives désagréables qui viennent souvent après la terminaison des cas les plus graves. Dans la peau du creux axillaire, il se forme parfois chez les convalescents des *abcès des glandes sudoripares*. Toutes ces suppurations et d'autres encore qu'on rencontre dans le typhus ne dépendent pas en ligne directe de la cause morbide originelle, mais elles sont des produits d'agents inflammatoires d'ordre secondaire (staphylocoques, streptocoques) dont l'introduction est seulement facilitée par l'état typhique antécédent. Des *hémorragies cutanées* étendues sont très rares (diathèse hémorragique généralisée). Par contre, dans la convalescence, la peau des jambes est souvent marquée de petites *extravasations sanguines*, siégeant habituellement dans les *follicules pileux*. Aux extrémités inférieures, aux orteils notamment, on a observé assez rarement de la *gangrène*. Dans un cas nous avons vu une gangrène étendue de la peau de l'abdomen (sans cause appréciable).

Finalement, il faut signaler ici le *décubitus* qui se manifeste facilement dans les cas graves et à défaut de soins. Il se déclare de préférence aux fesses, dans la rainure qui les sépare et aux talons. Le *décubitus gangréneux* étendu avec de vastes décollements de la peau, peut devenir une complication dangereuse, même mortelle.

Pendant la convalescence des typhus graves, l'*épiderme se desquame* souvent sur une grande surface. Tout le monde sait que les cheveux tombent en abondance après la maladie, mais repoussent toujours après quelque temps. Aux *ongles* également on voit parfois des altérations (rugosités, état cassant, chute, etc.)

**6. Muscles, os, articulations.** On ne saurait affirmer positivement si la *dégénérescence des muscles volontaires* (dégénérescence « granuleuse » et « cireuse ») découverte par ZENKER, et qui se déclare dans le typhus comme dans d'autres affections graves, se traduit par des symptômes cliniques propres. Peut-être faut-il lui attribuer ces *hyperesthésies musculaires* excessives qui sont si fréquentes et ces *douleurs musculaires* spontanées qui font tant souffrir les malades. On rencontre aussi dans des cas graves des *hémorragies* intra-musculaires, surtout dans les droits de l'abdomen.

Les affections *osseuses* et *articulaires* sont rares. Nous avons observé, après le décours du typhus, une *périostite* au tibia et à une côte. Les *gonflements articulaires* sont également des faits exceptionnels. Les arthrites purulentes sont toujours dues à une infection secondaire (v. plus haut).

**7. Organes urinaires et sexuels.** La *néphrite* hémorragique aiguë vraie est une complication très insolite du typhus. Elle s'y déclare cependant et a même donné lieu à la création d'une forme rénale particulière du typhus abdominal (le *néphrotyphus*). Ce terme s'applique surtout aux cas où la maladie se montre d'emblée sous l'aspect d'une néphrite aiguë grave, et où plus tard seulement le cycle fébrile, les manifestations qui apparaissent du côté de l'intestin, les taches rosées, etc., font voir clairement qu'on a affaire à un typhus à prédominance rénale initiale. Le *néphrotyphus* d'après cela est donc l'analogue du pneumotyphus et du tonsillotyphus. — Très souvent dans le typhus, au paroxysme de la maladie, se déclare une *albuminurie commune* (dite *fébrile*) qui n'a aucune signification mauvaise. Elle tient probablement à un léger degré de dégénérescence parenchymateuse qui se développe dans le rein typhique, au même titre que dans la plupart des autres maladies infectieuses graves. Il paraît qu'il n'existe pas, comme quelques auteurs sont portés à le croire, de corrélation immédiate entre l'albuminurie et la fièvre. Il est beaucoup plus probable que ce sont en grande partie les matériaux nuisibles formés dans le corps et éliminés par la voie rénale, qui offensent l'épithélium du rein. Au surplus, l'urine offre les mêmes particularités que dans la plupart des autres maladies fébriles. La quantité en est diminuée, sa coloration est foncée, son poids augmente et l'élimination de l'urée se fait en plus forte proportion. Disons encore qu'à l'apogée de la maladie, l'urine présente presque toujours la

*réaction de diazone* d'EHRlich (1).—La *cystite* se développe fréquemment vers la fin de la maladie. Elle est presque toujours une complication secondaire.

Chez les hommes l'*orchite* a parfois été remarquée. Chez la femme les *règles* apparaissent souvent au début de la maladie. Mais plus tard et dans la convalescence des cas graves, les règles se suspendent fréquemment pour quelques périodes. Les femmes *enceintes* atteintes de typhus courent grand risque d'*avorter* ou d'*accoucher prématurément*.

#### Particularités de la marche.

Si de tout ce qui précède il résulte qu'il y a dans le typhus une variété presque infinie de toutes les complications possibles, de la même façon, la *marche générale* se nuance de tant de formes diverses et de particularités que, dans la suite, nous serons réduits à n'en mentionner que les plus essentielles et les plus importantes.

Et d'abord il faut rappeler les cas si fréquents dans la pratique de fièvre typhoïde *légère* et à *peine ébauchée* (*typhus levissimus*). C'est GRIESINGER surtout qui, dans ces derniers temps seulement, a reconnu qu'ils relèvent du typhus, tandis qu'autrefois toutes ces affections étaient désignées de tous les noms possibles, principalement de celui de *fièvre gastrique*. La durée de ces typhus légers ne comporte que 8 à 14 jours. La fièvre est modérée, parfois fortement rémittente. Le *fastigium* proprement dit fait presque totalement défaut. Tous les caractères typhiques ne sont que faiblement exprimés. Les symptômes pulmonaires et cérébraux graves manquent. Par contre, il y a une diarrhée le plus souvent modérée, la rate est manifestement gonflée et les roséoles existent ordinairement. Le *diagnostic* de ces cas est naturellement d'autant plus difficile que les symptômes typhiques sont moins prononcés. Il acquiert d'autant plus de certitude, qu'on peut découvrir une *relation étiologique de ces affections avec d'autres cas avérés de typhus*.

LIEBERMEISTER distingue avec raison du typhus léger le *typhus abortif*. Il faut entendre par là des cas s'ouvrant par des phénomènes initiaux violents et une fièvre intense, qui font présager une marche grave. Seulement après peu de jours déjà, ces symptômes véhéments tombent et sont suivis d'une prompte convalescence.

D'autre part, on observe des cas qui, dans le principe, donnent lieu un certain temps à si peu de malaises subjectifs que les malades gardent à peine le lit (*typhus ambulans*). C'est seulement un peu plus tard que souvent

1. Cette réaction consiste dans la coloration en rouge de l'urine par l'addition du réactif d'EHRlich (contenant essentiellement de l'acide sulfanilique) et d'ammoniaque. Pour plus de détails voir les traités spéciaux de chimie urinaire.

se manifeste une aggravation subite ou une complication redoutable. C'est ainsi qu'il est arrivé que des personnes bien portantes en apparence sont mortes soudainement avec tous les symptômes d'une péritonite perforante suraiguë et chez lesquelles l'autopsie a découvert un typhus parvenu au troisième septénaire.

Pour apprécier chaque cas en particulier, il importe de tenir compte des *dispositions individuelles* du malade, qui peuvent modifier de beaucoup de manières le tableau morbide.

Un fait digne de remarque chez les *enfants*, c'est que l'*affection typhique des intestins* a beaucoup moins de tendance à l'*ulcération* que chez les *adultes*. C'est ce qui explique la fréquence beaucoup moindre des entérorrhagies et des péritonites dans l'enfance. Par contre, des *symptômes cérébraux* graves s'y montrent très souvent. Il faut signaler comme étant propres aux enfants fortement atteints, les *cris* perçants et continus qu'ils jettent parfois. D'autres cas plus légers se distinguent par un *assoupissement* persistant.

Chez les *vieillards* le diagnostic du typhus est parfois très difficile, parce que la marche en est très souvent irrégulière. La fièvre n'est d'ordinaire pas très élevée, et ne revêt presque jamais, d'une façon évidente, le type thermique que nous avons décrit plus haut. Les roséoles, l'intumescence de la rate, les selles caractéristiques manquent fréquemment. Le plus souvent les symptômes pulmonaires et cérébraux occupent le premier plan de la scène morbide.

L'expérience enseigne que chez les personnes *obèses* le typhus suit souvent une marche particulièrement grave, de sorte que le pronostic, principalement en présence d'une complication pulmonaire, doit toujours être réservé.

Les *buveurs* sont, comme dans toutes les autres maladies aiguës, particulièrement menacés dans le typhus. Les faiblesses si redoutables du cœur se montrent aisément chez eux. Les symptômes cérébraux graves sont fréquents, mais, circonstance étonnante, affectent rarement la forme du délirium tremens proprement dit, comme cela se voit si souvent dans la pneumonie.

L'*influence de fortes émotions morales qui ont précédé*, de même que l'action de certaines maladies préexistantes (*maladies du cœur, emphysème, cyphoscoliose, etc.*) ont déjà été signalées plus haut.

Disons encore pour finir que parfois les *épidémies* sont marquées par certains caractères particuliers. C'est ainsi par exemple que les cas graves prédominent dans telle épidémie et les cas légers dans telle autre. Tantôt les récidives sont relativement nombreuses, tantôt elles constituent l'except-

tion. Il en est de même en ce qui concerne la fréquence de certains phénomènes morbides (entérorrhagies, pneumonies, néphrites, etc.). On a même observé qu'au cours d'une épidémie donnée, les cas qui se déclarent dans une famille, dans une maison ou dans une habitation collective, présentent quelquefois entre eux des traits frappants de ressemblance (*groupes typhiques*, d'après E. WAGNER et autres).

#### Récidives du typhus.

Le typhus abdominal a cela de particulier dans beaucoup de circonstances, qu'après le décours complet de la maladie, toute la scène morbide peut se répéter de nouveau, phénomène qu'on désigne du nom de *typhus récidivé*. Ces récidives ne sont d'après toute probabilité pas dues à une nouvelle infection, venue du dehors, mais à une répullulation (une génération nouvelle?) du germe infectieux qui séjourne encore dans l'économie. La récidive complète est identique, dans toutes ses particularités cliniques et anatomiques, à l'affection typhique primitive; seulement, dans la récidive, l'appareil symptomatique est d'ordinaire plus serré et à plus lestes allures que lors de la première atteinte. L'intervalle afébrile qui sépare celle-ci de la récidive varie de 7 à 10 jours, rarement plus, le plus souvent moins. Parfois la récidive suit immédiatement la guérison. Il arrive même que cette dernière n'est pas encore confirmée, que déjà recommencent les oscillations thermiques ascendantes. Quand la nouvelle exacerbation se déclare *avant* le décours complet de la maladie première, on emploie le terme de *recrudescence*, laquelle en général a la même signification que la récidive vraie. Pendant la durée qui sépare les deux atteintes, beaucoup de sujets sont parfaitement bien portants et présentent l'apparence d'une convalescence parfaite. Parfois pourtant, il y a pendant cet intervalle de petites réminiscences fébriles vespérales. Il est remarquable que dans les cas où la récidive va se déclarer, la *rate* ne se dégonfle d'ordinaire pas après la première atteinte.

La *durée* de la récidive, comme il a été dit, est généralement plus courte que celle de la maladie première. Rarement elle comporte plus de deux à deux  $\frac{1}{2}$  semaines. La température monte plus rapidement, il suffit de deux ou trois jours, le fastigium est plus court, la chute plus raide. La hauteur absolue de la température peut être très considérable et dépasser les plus hauts sommets de la première attaque. Les roséoles se montrent dès le troisième ou le quatrième jour. Les selles redeviennent liquides, la rate se tuméfié de nouveau dans des proportions plus fortes, toutes les complications possibles peuvent se produire. En somme pourtant, le danger de la

récidive ne doit pas être exagéré, il faut remarquer notamment que les symptômes morbides subjectifs (la céphalalgie par exemple), sont quelquefois atténués pendant la récidive. Il est vrai qu'on observe souvent des rechutes très graves aussi bien à la suite de cas légers que consécutivement à des cas graves. D'autre part, on voit fréquemment des récidives rudimentaires.

La *fréquence* de la récidive varie considérablement dans les différentes épidémies. A Leipzig nous avons eu en tout 9% de récidives, mais le chiffre dans les années prises à part, oscille entre 4 et 16%. Parmi 600 cas nous avons vu trois fois *deux* et une fois *trois* récidives complètes se déclarer à la suite l'une de l'autre.

**Diagnostic.** Le diagnostic du typhus peut être d'une extrême facilité, mais, dans des cas anormaux ou qui ne tombent que tardivement sous l'observation médicale, il peut offrir de grandes difficultés. Comme la *recherche des bacilles typhiques* est, à cette heure, encore trop compliquée et trop laborieuse pour être entrée dans la pratique, le diagnostic de la maladie doit généralement s'induire de la marche et des symptômes morbides. Il faut tenir compte avant tout de l'évolution graduelle de la maladie, du haut degré et du rythme de la fièvre que n'explique aucune *affection locale appréciable*, et puis des *roséoles*. Les selles caractéristiques, le météorisme, l'intumescence de la rate sont des symptômes précieux, mais qui peuvent pourtant s'interpréter diversement. Si l'on est en présence de facteurs étiologiques (principalement de cas incontestables de typhus dans le voisinage du malade), ils acquièrent, dans des circonstances douteuses, une grande valeur diagnostique. Souvent le diagnostic ne devient plus certain qu'à l'apparition de certains phénomènes, par exemple, une hémorragie intestinale, le mode caractéristique de la défervescence, la récidive, etc. Un point important, c'est qu'on ne peut que par exception poser le diagnostic du typhus, après un seul et *unique* examen. Ordinairement il n'y a qu'une observation minutieuse poursuivie plusieurs jours de suite, qui autorise à affirmer le fait avec une *certitude* réelle. Le *diagnostic différentiel* entre le typhus abdominal et quelques autres maladies aiguës (la tuberculose miliaire, l'endocardite aiguë, la méningite, etc.) sera discuté à l'occasion de ces dernières.

**Pronostic.** Le *pronostic* du typhus ne pourra dans *aucun* cas être déclaré parfaitement favorable, puisque même dans les cas les plus légers en apparence, des accidents dangereux peuvent se produire. Malgré cela le typhus, principalement quand il est soigné et traité convenablement, n'appartient pas à la classe des maladies particulièrement funestes, et même dans les cas d'une gravité considérable, on peut encore espérer la guérison.

Le danger du typhus gît surtout dans la *virulence de l'infection* qui se révèle au médecin, particulièrement (mais pas toujours) par l'ardeur de la fièvre et l'intensité des symptômes généraux. Une autre menace découle des complications, dont nous avons décrit plus haut en détail l'apparition et l'importance spéciale. Enfin, une troisième série de dangers réside dans la *constitution* et l'*individualité* du malade. A ce sujet, nous avons signalé, à différentes reprises déjà, les éléments qui doivent entrer en considération. Un examen sérieux de toutes les circonstances doit guider le jugement dans l'appréciation du danger de chaque cas en particulier, et servir par conséquent de guide pour émettre le pronostic.

La *mortalité* du typhus est très diverse dans les différentes épidémies, attendu que les cas graves sont incontestablement plus nombreux à telle époque plutôt qu'à telle autre. Des données statistiques généralement applicables sont donc très difficiles à fournir. En moyenne, on peut à cette heure fixer à 10 % environ, le chiffre de la mortalité typhique, et déterminer d'après lui le caractère de chaque épidémie. Suivant les relations concordantes de nombreux observateurs, la léthalité du typhus, depuis l'emploi des moyens actuels de traitement, est manifestement inférieure à ce qu'elle était autrefois, alors qu'elle atteignait parfois 20 à 25 %.

**Traitement.** Jusqu'ici nous ne connaissons pas encore le *traitement spécifique* du typhus, c'est-à-dire un moyen capable de détruire ou de neutraliser dans le corps la cause spécifique de la maladie. Les remèdes antiseptiques et antibactériens (la quinine, l'antipyrine, etc.) exercent, il est vrai, jusqu'à un certain point, une influence évidente sur la fièvre, mais ne sont pas en état, du moins aux doses usitées, de modifier sensiblement le cours général de la maladie. A ce point de vue, le remède le plus préconisé dans ces derniers temps, c'est l'emploi continu à l'intérieur d'*acide carbolique* (0,3 à 0,5 et plus *par jour*); mais nous ne croyons pas qu'on puisse attribuer à cette médication une utilité réelle. LIEBERMEISTER pourtant reconnaît sur la marche de la maladie une action avantageuse, légère il est vrai, mais statistiquement appréciable, à l'*iode*, déjà antérieurement prôné par d'autres médecins. On prescrira, toutes les dix heures, à prendre dans un verre à vin d'eau, 4 à 5 gouttes d'une solution composée d'iode 1,0, d'iodure de potassium 2,0, et d'eau distillée 10,0. Nous manquons d'expérience personnelle sur ce remède.

On prête aussi au *calomel* un effet spécifique sur le typhus. WUNDERLICH notamment a prétendu que les cas traités dès le début avec quelques bonnes doses de ce remède ont, en général, une marche plus favorable et plus dégagée, que les autres qui ne sont pas combattus de la sorte. Il croyait

même qu'on pourrait couper le typhus de cette manière. Quoiqu'on ne doive pas compter sur ce résultat, c'est assurément un *procédé convenable et que nous avons essayé fréquemment*, celui qui consiste à donner pour commencer 2 à 3 poudres de 0,3 de calomel aux typhiques qui entrent en traitement dans le premier septénaire ou au commencement du second. Comme la constipation prédomine d'habitude, la seule action évacuante du remède est déjà désirée. Il peut exercer aussi un effet légèrement déprimant sur la chaleur. Un peu de dévoisement n'est pas une contre-indication à l'emploi du calomel. Seulement on ne s'en servira pas quand existe déjà une forte diarrhée.

Parmi les autres remèdes dotés d'une vertu prétendument spécifique, on pourrait encore mentionner l'*ergotine* qui, dans ces derniers temps, a été prescrite, notamment par les médecins français, à la dose de 1,5 à 3 gm. par jour, puis le *sous-nitrate de bismuth* (employé à la dose de 15 à 30 gm. journallement ! par des médecins français), et la *naphthaline* (dose unique 0,1 à 0,5 jusqu'à 5,0 par jour), etc. A notre avis ces moyens auront de la peine à conquérir un renom durable.

Dans ces conditions, le traitement du typhus abdominal doit actuellement encore être principalement *diétético-symptomatique*, et en outre, en un certain sens, *prophylactique*, c'est-à-dire qu'indépendamment de la lutte à soutenir contre les symptômes déjà présents, le traitement doit autant que possible *prévenir* l'apparition de certaines manifestations secondaires qui mettent la vie en danger. Partant de ce principe, le traitement rationnel du typhus abdominal investit le médecin d'une mission d'une haute importance et qui n'est pas sans quelque compensation.

Pour commencer avec la description des procédés de diététique générale, la chambre du malade ne peut pas être trop chaude et doit être fréquemment et parfaitement aérée. Son lit doit être aussi bien aménagé que faire se peut. En parant soigneusement au *décubitus*, non seulement on évite au malade un symptôme pénible et dangereux (v. plus haut), mais on épargne au médecin et aux garde-malades beaucoup de peine et de travail. Les malades gravement atteints seront pour ce motif couchés sur un matelas d'air ou d'eau, si possible. On fera en sorte qu'ils ne demeurent pas constamment couchés sur le dos, mais qu'ils changent fréquemment de côté. Le dos, le sacrum et les talons doivent être lavés souvent avec de l'alcool camphré ou de l'eau de vie de France. La plus petite eschare qui apparaît doit être traitée avec soin, deux fois par jour détergée avec une faible solution salicylée ou phéniquée et pansée avec l'onguent au baume de Pérou 1 : 30. L'eschare s'étend-elle, il est très avantageux de la saupou-

drer avec de la poudre d'iodoforme. Il faut veiller surtout à ce que la peau ne se décolle pas. En ce cas, il faut fendre à temps.

On ne saurait trop recommander de tenir la *bouche* dans le plus grand état de *propreté*. Les malades faiblement atteints peuvent se rincer la bouche eux-mêmes, mais dans les cas plus graves la cavité buccale et la langue doivent fréquemment être nettoyées avec un petit linge trempé dans l'eau froide ou dans une solution de borax (1 : 30). On comprend l'importance de cet état de propreté de la bouche, quand on songe à la coïncidence fréquente ci-dessus signalée de l'inflammation de l'oreille moyenne et de la parotide avec la stomatite. Quand la langue et les lèvres se dessèchent, on recommande de les enduire de glycérine.

Le *régime alimentaire* des typhiques doit être liquide et pourtant nutritif. Le lait est très approprié à leur état et doit toujours être recommandé, mais malheureusement la plupart des malades n'y persévèrent pas. Une addition de café ou d'un peu de cognac le fait mieux supporter. Le cacao, bouilli dans du lait, peut aussi être donné pour varier, et chez les malades gravement atteints, nous avons souvent employé avec avantage la farine lactée de Nestlé ou des farines analogues. Par l'addition d'un œuf on rend les bouillons et les potages plus nourrissants (notamment les soupes mucilagineuses, de sagou, de riz). On satisfera sans inconvénient le désir extrême qu'éprouvent les malades pour les aliments solides en leur accordant un peu de pain blanc ou du biscuit trempé. Si les forces baissent d'une façon dangereuse, on pourra, malgré la persistance de la fièvre, ordonner du bœuf cru finement râpé (au besoin avec un peu d'acide chlorhydrique) ou mieux encore le *beef-tea* si hautement recommandable. Les diverses préparations artificielles de viande (*solution de viande, peptone de viande, etc.*), fabriquées en ces derniers temps, sont parfois employées avec succès. C'est surtout quand la marche de la maladie est traînante qu'on doit, même pendant que la fièvre dure encore, commencer à nourrir davantage. La meilleure boisson, c'est *l'eau froide* qui doit souvent être *présentée* au malade. Les limonades et les jus de fruits le dégoûtent à la longue. Les boissons chargées d'acide carbonique doivent être évitées, parce qu'elles gonflent l'abdomen. Le thé froid au contraire, mêlé au lait, est une boisson convenable. Du bon et généreux *vin* (oportó, malaga, vin de Hongrie) doit être administré dans tous les cas les plus graves, la *bière* aussi peut être accordée en petite quantité, quand elle a pour effet de réveiller l'appétit. Pendant la *convalescence*, on doit être particulièrement réservé dans l'alimentation, vu que des erreurs de régime ont parfois des suites désastreuses. C'est seulement quand la fièvre a quitté les malades depuis une à une

semaine et demie, qu'on permettra une alimentation plus solide à la viande et qu'on passera petit à petit au régime habituel.

Outre les mesures hautement importantes de diététique générale décrites ci-dessus, il n'y a, d'après nous, en tenant compte des progrès réalisés en thérapeutique, qu'un *seul* mode de traitement qu'il faille principalement considérer, à savoir le traitement méthodique aux *bains froids* institué tout d'abord par BRAND, à Stettin. Quoique les indications de cette méthode ne doivent plus, à notre avis, être comprises dans le sens de leur auteur et que conséquemment beaucoup de détails qui s'y rapportent soient sujets à modification, il n'y a jusqu'ici aucune autre forme de traitement du typhus qui puisse revendiquer des succès aussi nombreux et aussi évidents. Il est vrai que, dans la pratique privée, la balnéothérapie est souvent accompagnée de difficultés beaucoup plus grandes que dans un hôpital bien tenu ; mais avec de la bonne volonté et un peu d'énergie, les bains peuvent le plus souvent être aussi bien installés à domicile, et en tout cas, il est du devoir du médecin qui entreprend la cure d'un typhus grave, de recourir autant que les circonstances le permettent à la pratique des bains.

— Les excellents résultats qui découlent de la pratique balnéaire, sont les suivants : 1° Quand ils ont le degré de froid voulu, les bains abattent la *fièvre* en soustrayant directement de la chaleur. Donc tous les effets nocifs qui dépendent de l'augmentation de la chaleur vitale sont prévenus dans la mesure du possible. 2° Toutefois un résultat plus important encore que la réfrigération du malade, est effectué par l'action directe que les bains exercent sur le *système nerveux*. Le sensorium se dégage, l'apathie et la stupeur diminuent, bref, tout le tableau morbide de « l'état typhique » grave est, sous l'influence de la balnéothérapie, réellement plus rare que jadis. En même temps il est clair que l'action des bains sur le système nerveux non seulement provoque une amélioration du bien-être subjectif, mais encore entraîne à sa suite toute une série d'heureuses conséquences. Les malades prennent plus volontiers de la nourriture, ils n'avalent pas si facilement de travers, ils toussent avec plus de force, on les déplace plus aisément, on leur entretient avec moins de peine la propreté du corps et de la bouche, etc. 3° L'influence des bains sur les *organes respiratoires* est de la plus grande importance. A ce point de vue ils ont surtout pour but de provoquer des inspirations profondes et de faciliter l'expectoration. La meilleure preuve de l'efficacité de cette influence, c'est que chez les malades qui d'emblée ont été mis au bain, les bronchites graves, l'atélectasie pulmonaire et les pneumonies catarrhales ne se développent que dans une faible proportion. 4° La bonne *hygiène de la peau* rendue possible grâce aux bains, n'est pas à