

les maladies à début fébrile brusque; l'examen du malade permet d'éliminer promptement les phlegmasies viscérales, mais il reste le groupe des fièvres éruptives, et si l'on néglige le thermomètre, *il n'est pas possible de se prononcer avant un délai égal au maximum des périodes d'invasion de chacune de ces fièvres*; si l'on pratique une exploration thermométrique régulière, on pourra le plus ordinairement juger de la situation après trente-six ou quarante-huit heures.

Quel que soit le mode d'invasion, le début de la maladie, au point de vue de la suppuration des jours, doit être rapporté au moment du frisson, ou à la première élévation thermique; or, quand le frisson manque, cette dernière est quelque temps méconnue; en outre, dans les invasions à prodromes, il est loin d'être toujours possible de retrouver l'instant où la fièvre a commencé; de là, dans bon nombre de cas, une incertitude chronologique qui explique plusieurs assertions contradictoires et qui impose une grande réserve dans l'appréciation des courbes thermométriques.

La description clinique ne peut avoir de meilleure base que l'évolution même de la lésion anatomique; j'assigne donc à la fièvre typhoïde **deux périodes**: l'une d'INFECTION, qui correspond à la congestion, à l'infiltration et à l'ulcération des plaques; l'autre de RÉPARATION, pendant laquelle les désordres organiques créés par le processus typhique sont réparés dans leur ensemble, comme la lésion intestinale, en particulier, est elle-même cicatrisée. Malgré son nom, cette seconde période a ses dangers, tout comme le stade correspondant du choléra, parce que la réparation peut être incomplète, déviée, ou même provoquer de nouveaux désordres. Cette division correspond exactement aux deux phases principales du cycle fébrile qui caractérise la maladie, et les périodes cliniques présentent naturellement dans leur durée respective les mêmes oscillations que les stades anatomiques; c'est-à-dire que la première période est comprise entre un minimum de quatorze et un maximum de vingt-huit jours, tandis que la seconde oscille entre sept et vingt et un jours.

**Première période. Infection.** — A partir du moment où la fièvre est établie, elle a les allures d'une subcontinue, et elle persiste ainsi pendant toute la durée de la pyrexie, marquant par sa terminaison le début de la convalescence. Ce fait, pour le dire à l'avance, domine toute la thérapeutique: le patient subit l'influence puissamment dépressive du poison typhique; il est exposé, du fait de la lésion intestinale, à des spoliations diarrhéiques souvent fort abondantes; il est nourri par un sang profondément altéré; il est infecté secondairement par la résorption des produits d'une désassimilation excessive; et par-dessus tout cela, il doit faire les frais d'une consommation fébrile dont la durée minimum est de vingt et un à vingt-cinq jours. On peut donc facilement pressentir le caractère toujours adynamique de la maladie, et que l'indication théra-

peutique fondamentale doit être constamment cherchée dans l'état des forces.

Lorsqu'il y a une période prodromique, les premiers symptômes sont constitués par l'exagération de ces phénomènes initiaux; dans les cas contraires, ils apparaissent en même temps que la fièvre prend naissance.

Une CÉPHALALGIE violente, principalement frontale, des tintements et des *bourdonnements d'oreilles*, parfois de la *photophobie*, de l'*obtusion intellectuelle*, un ABATTEMENT RAPIDE, souvent des ÉPISTAXIS de nombre et d'abondance variables, sont les symptômes primordiaux. Il se peut que dans les deux ou trois premiers jours le malade ait encore assez de force pour se tenir debout ou au moins pour s'asseoir sur son lit, mais même alors le caractère adynamique de la pyrexie apparaît nettement; le patient est aussitôt pris de VERTIGES, il trébuche sur ses jambes, il pâlit, et son habitus extérieur est alors tellement caractéristique qu'il suffit souvent pour déceler la maladie. Dans tous les cas, il y a une sensation pénible de brisement et d'impuissance dans les membres; mais certains individus accusent de véritables douleurs dans les membres inférieurs, dans les lombes (*forme dite rhumatismale*), et parfois on voit succéder à ces symptômes une paraplégie temporaire ou persistante (*paraplégie précoce* du typhus), qui est due soit à une congestion méningo-spinale, soit à une inflammation véritable (Ferriar, Piorry, Köhler). Ces faits sont plus exceptionnels encore dans la fièvre typhoïde que dans la variole.

Avec la fièvre, la prostration et la douleur de tête, ou peu après, apparaissent les symptômes de l'APPAREIL DIGESTIF. L'appétit est totalement perdu, la soif est vive, le goût est mauvais, fade ou amer, la *langue* est chargée d'un enduit blanchâtre; elle peut être, dans les tout premiers jours, large, étalée et humide, et montrer même sur ses bords latéraux les empreintes des dents; mais cet état, qui manque souvent, n'est que momentané, et bientôt, dès le quatrième ou le cinquième jour, la langue présente des particularités caractéristiques qui vont s'accroissant toujours plus. Elle se sèche plus rapidement que dans les autres maladies aiguës, elle devient étroite, effilée, en même temps l'enduit épithélial qui la recouvre se détache de la pointe et des bords, de sorte que la partie centrale restée blanche ou blanc-jaunâtre est entourée d'une zone rouge vif disposée comme un triangle isocèle à base postérieure; dans d'autres cas, c'est au contraire sur le centre de l'organe que l'enduit disparaît, et cette région moyenne tranche comme un V rougeâtre au milieu de la couche blanche.

Il peut arriver que la diarrhée existe dès le début, mais ce n'est vraiment pas la règle, à moins que le malade n'ait pris quelque purgatif; les deux ou trois premiers jours, la constipation est ordinaire, puis les ma-

tières deviennent semi-molles et elles ne sont plus moulées; enfin apparaissent les selles liquides, dont la fréquence, variable chez les divers malades, va croissant jusque vers le milieu ou la fin de la seconde semaine. Les matières sont abondantes, fluides, d'une couleur jaune-ocre, presque caractéristique; elles ont une odeur très forte, une réaction alcaline, et forment par le repos deux couches distinctes: la supérieure, liquide, renferme beaucoup de sels, des matières extractives provenant de la bile, de l'épithélium, des noyaux libres, des cristaux de phosphate ammoniac-magnésien, et de la graisse sous l'aspect d'une masse finement ponctuée; la couche inférieure, plus consistante, contient, avec des éléments analogues, une quantité de concrétions molles, jaunâtres, constituées par un mélange de graisse, d'albumine, de pigments et de sels calcaires (Simon, Zimmermann). D'après Hallier, les déjections typhoïdes contiendraient en quantité considérable un micrococcus jaune brunâtre à grosses cellules que la culture artificielle démontre appartenir au *Rhizopus nigricans* d'Ehrenberg, et de plus un micrococcus incolore à petites cellules que la culture permet de rapporter au *Penicillium crustaceum*. Je rappelle le *Crenothrix polyspora* plus récemment signalé par Klein. Le plus ordinairement le nombre des selles, même dans le moment où elles sont le plus fréquentes, ne dépasse guère six à dix par jour; elles ont lieu sans efforts, ne provoquent aucune douleur; mais dès que la diarrhée existe, on peut percevoir par la palpation de la région iléo-cæcale un GARGUILLEMENT plus ou moins prononcé. Ce bruit, qui est produit par le conflit des matières liquides avec les gaz intestinaux, n'a point la valeur diagnostique qui lui a été longtemps assignée; il indique simplement que le malade a ou vient d'avoir la diarrhée.

Il est tout à fait exceptionnel que la lésion de l'intestin donne lieu à des douleurs abdominales spontanées; la pression même est indolore sur la plus grande partie du ventre, mais dans la *fosse iliaque droite* elle suscite une DOULEUR à peu près constante, qui est assez vive pour provoquer une contraction du visage chez les malades déjà plongés dans le coma. Ce symptôme, qui est plus ou moins précoce, peut persister au delà de la seconde semaine, pendant toute la durée de la première période. Avec la diarrhée, avec la douleur iléo-cæcale apparaît un MÉTÉORISME qui doit à sa constance une valeur sémiologique positive. Ce phénomène commence à être appréciable dans les derniers jours de la première semaine, il va croissant pendant la seconde; et quand l'évolution du processus typhique est achevée, il peut subsister, même augmenter encore, au point de constituer, par la gêne qu'il apporte à l'action du diaphragme, un des dangers de la seconde période. Le météorisme est dû à l'atonie des tuniques musculaires de l'intestin; il est en rapport direct avec les progrès de l'étendue de la lésion, comme aussi avec la prostration et l'adynamie du patient; lorsqu'il persiste ou s'accroît

encore durant le stade de réparation, il est entièrement imputable à la paralysie intestinale.

Au début, le VOMISSEMENT est rare, sauf dans les cas à prodromes gastriques; il est un peu plus fréquent chez les enfants, mais en somme il ne doit occuper qu'une place secondaire dans la symptomatologie initiale de la maladie. Lorsque les choses marchent régulièrement, le vomissement fait complètement défaut durant toute la première période; quand par exception il est observé, il tient ou bien à une simple intolérance pour une boisson ou un médicament, ou bien à un catarrhe gastrique intercurrent, ou bien à l'extension de la lésion typhique dans l'estomac, ou bien enfin à une méningite commençante. Ces deux dernières éventualités sont sans comparaison les plus rares.

Le GONFLEMENT DE LA RATE n'est pas un phénomène initial, mais il est ordinairement appréciable dès le cinquième ou le sixième jour. La rate tuméfiée se développe plutôt dans le sens horizontal que dans le vertical; et si l'on ajoute à cela qu'elle est en même temps ramollie, on conçoit facilement que ce symptôme soit appréciable par la percussion bien plutôt que par la palpation. La tumeur de la rate persiste pendant toute la première période, elle commence à diminuer dès le début de la seconde.

Bon nombre de malades sont affectés dès les premiers jours d'une ANGINE CATARRHALE qui occupe principalement les amygdales; comme ces organes sont extrêmement riches en vaisseaux lymphatiques, et que leur structure est fort analogue à celle des glandes de Peyer (Frey), cette détermination ne doit pas être tenue pour une complication fortuite, mais bien pour un des éléments propres du processus typhique. Dans quelques cas, cette angine égare momentanément le diagnostic, parce qu'elle est le premier et, pendant deux ou trois jours, le seul symptôme de la fièvre typhoïde commençante.

Dans l'ordre chronologique habituel, les phénomènes subséquents occupent l'APPAREIL RESPIRATOIRE. La sécheresse des fosses nasales, l'altération plus ou moins marquée de la voix, dénotent le catarrhe des voies supérieures; celui des bronches est révélé par des râles sibilants et ronflants de nombre et d'étendue variables, et par une expectoration rare, visqueuse et spumeuse; la toux est ordinaire, cependant elle peut manquer, et le catarrhe est méconnu si l'on n'a pas soin d'ausculter régulièrement le malade. Cette détermination bronchique vient puissamment en aide au diagnostic, soit qu'il s'agisse de décider entre une fièvre typhoïde et un *catarrhe gastro-intestinal*, soit qu'il s'agisse de fixer la signification véritable d'un *typhus très léger* qui s'écarte, par cette benignité même, du tableau ordinaire de la maladie. Il importe toutefois de ne pas exagérer l'importance de ce phénomène; le catarrhe bronchique peut exceptionnellement faire défaut dans la fièvre typhoïde la mieux ca-

ractérisée; et, d'un autre côté, un catarrhe intestinal peut coïncider avec un catarrhe bronchique sans que le typhus soit en cause; le fait est fréquent dans l'*influenza* ou *grippe*; c'est alors d'après l'état général, d'après les désordres des fonctions cérébrales, d'après les caractères thermiques de la fièvre, que le diagnostic doit être posé.

L'intensité des déterminations broncho-pulmonaires varie considérablement chez les divers individus et dans les diverses épidémies; j'ai dit que ce catarrhe peut manquer, le fait est très rare; ailleurs il est si peu accusé qu'il affirme simplement sa présence pendant quelques jours sans modifier en rien l'état du malade; le plus souvent il a une intensité moyenne, il marche de pair avec les phénomènes abdominaux et les cérébraux, et le pronostic doit prendre en égale considération ces trois ordres de symptômes; c'est là vraiment la forme régulière, la *forme commune* de la fièvre typhoïde; ailleurs enfin, les déterminations pulmonaires sont tellement étendues, tellement graves, qu'elles dominent la situation; par une sorte de compensation, les accidents abdominaux sont moins prononcés que dans les cas ordinaires, les désordres cérébraux sont peu accentués, et ils sont le résultat du défaut d'hématose; enfin le pronostic est entièrement fondé sur l'état de l'appareil respiratoire et sur l'imminence de l'asphyxie; c'est là ce que bon nombre d'auteurs ont appelé la *forme thoracique*, encore bien qu'il s'agisse tout simplement d'une prédominance symptomatique, et non pas d'une forme morbide dans le sens traditionnel du mot.

Dans le même temps, c'est-à-dire vers la fin de la première semaine ou le commencement de la seconde, apparaissent les *DÉSORDRES CÉRÉBRAUX ET NERVEUX*; la précocité, le degré de ces symptômes sont variables, mais leur existence est constante dans les formes communes de la maladie. Une assertion contraire a été émise, due à la synonymie erronée qui a été établie entre les termes *symptômes cérébraux* et *délire*; sans doute il est des malades qui arrivent au terme de leur pyrexie sans avoir eu le délire, mais ils n'en ont pas moins présenté certains phénomènes cérébro-spinaux dont il faut tenir compte. En fait, les *douleurs* dorso-lombaires, les *douleurs* des membres, les *cauchemars* qui troublent ou empêchent le sommeil, l'*indifférence* pour les personnes et les choses, l'*apathie intellectuelle*, la *lenteur des réponses*, voilà des symptômes constants, imputables au dérangement des fonctions cérébro-spinales, dont ils sont les premiers effets. Un peu plus tard, du septième au dixième jour dans les cas d'intensité moyenne, apparaît le *DÉLIRE*. Dans sa forme la plus ordinaire, ce n'est d'abord qu'un délire doux, tranquille, monotone, souvent nocturne. Pendant le jour, le malade est dans la somnolence; il sort de cet état s'il est interpellé, et fait le plus souvent des réponses raisonnables; mais vers le soir il commence à marmotter des paroles incohérentes, il s'agite, et ce subdélirium persiste jusqu'au matin;

à ce moment, un sommeil de courte durée met souvent fin au trouble de l'idéation, et une fois réveillé, le patient retombe pour la journée dans la somnolence tranquille de la veille, ou tout au moins dans un état de *stupeur* (τύφος), qui a valu son nom à la maladie. A un degré plus accusé, les réponses obtenues sont justes en ce sens qu'elles correspondent bien à la question posée, mais elles ne sont plus exactes, notamment en ce qui concerne les temps et les lieux; il est digne de remarque que le malade a conscience de cette amnésie, et que ce sentiment ajoute grandement au trouble et à la confusion de ses idées. Dans d'autres cas, qui appartiennent encore aux formes communes, les perceptions ou les conceptions délirantes sont assez puissantes pour provoquer des réactions motrices, et au délire verbal se joint un *délire d'action* qui nécessite une surveillance rigoureuse, ou même l'emploi des moyens de coercition.

La précocité et la vivacité de ce délire ne sont pas seulement subordonnées à l'intensité du processus typhique, elles le sont aussi à l'individualité du patient; les sujets débilités, anémiques, à système nerveux impressionnable, les femmes hystériques, présentent un délire plus prompt et plus bruyant que les sujets de conditions opposées; ce fait, qui n'est pas sans importance pour l'interprétation pathogénique de ces accidents, est observé dans toutes les maladies aiguës. — Le délire qui vient d'être décrit est de beaucoup le plus commun; il dure ordinairement, avec des oscillations diverses, jusqu'au milieu ou à la fin de la troisième semaine, c'est-à-dire jusqu'aux premiers jours de la période de réparation.

Plus rarement le délire a le caractère du *délire furieux*; l'idéation, la parole, l'action, tout est désordonné; sous le coup d'impulsions irrésistibles, le malade est un danger pour lui-même et pour ceux qui l'entourent; il crie, il se débat, ses yeux sont hagards et brillants, sa face est rouge, d'une expression sauvage, et les accidents arrivent parfois à une telle violence qu'ils reproduisent fidèlement le tableau de la manie aiguë. Lorsque ce délire violent est très précoce et continu, lorsqu'il coïncide avec une température très élevée, à rémissions faibles, les phénomènes abdominaux et thoraciques sont peu prononcés, et cette manière d'être de la maladie constitue la *forme ataxique*, laquelle peut aboutir très promptement au collapsus et à la mort (voy. fig. 74 et 75).

Avec les troubles de l'idéation coïncident souvent d'autres *PHÉNOMÈNES NERVEUX*, savoir les soubresauts de tendons, la convulsion passagère des muscles de la face, le grincement de dents, le tremblement des jambes, les secousses momentanées de tout le corps, des contractures partielles dans les membres, bien plus souvent dans les muscles cervico-dorsaux. Ces symptômes spasmodiques ne manquent jamais totalement lorsque le délire est violent, et ils complètent le tableau de la forme ataxique; en

revanche, ils sont fort peu accentués et souvent nuls dans les formes communes, à subdélirium ou à délire tranquille. Dans quelques cas rares, on observe l'inégalité des pupilles ou le strabisme; si ces phénomènes sont isolés, ils n'ont aucune signification particulière; mais s'ils coïncident avec du ptosis, des contractures générales, des vomissements, ils doivent être tenus pour les signes d'une méningite commençante.

La genèse de ces symptômes cérébro-spinaux n'est pas complètement élucidée; mais on sait du moins que, dans l'immense majorité des cas, ils ne dépendent ni d'une inflammation, ni d'une hyperhémie des centres nerveux; ils sont la résultante de causes multiples, action nocive du sang infecté, altération de la nutrition interstitielle, influence de la chaleur anormale, trouble de l'hématose, toutes conditions qui modifient l'excitabilité des éléments nerveux, et qui trouvent, au bout de quelques jours, un puissant auxiliaire dans l'affaiblissement et l'anémie produits par la consommation fébrile. On conçoit l'importance de cette interprétation pathogénique pour la direction du traitement. — Pour les accidents cérébraux de la seconde période, il convient d'être un peu moins absolu, et cependant même alors les lésions méningo-encéphaliques sont si exceptionnelles que, sur 18 autopsies, Griesinger n'en a observé que huit cas.

L'URINE a les caractères de l'urine fébrile; elle est rare, foncée en couleur, de réaction presque toujours acide, riche en urée, en urates, en matières extractives et colorantes, très pauvre en chlorures. L'augmentation de l'urée et des urates tient à la consommation fébrile des tissus; la diminution des chlorures est imputable au défaut d'ingestion de chlorure de sodium et surtout aux pertes qui ont lieu par les sueurs et par les selles. Ces caractères fondamentaux persistent durant toute la première période, et on les retrouve au début de la seconde, si la fièvre reste forte; cependant, d'après Zimmermann, l'augmentation de l'acide urique serait moins durable que celle de l'urée. — Dans bon nombre de cas, l'urine contient de l'indigo urinaire (*uroglauçine*), et souvent en assez grande quantité pour que la simple addition d'acide chlorhydrique en détermine l'apparition; mais il n'y a aucune relation entre la présence ou l'absence de ce produit et la marche ou la gravité de la maladie. — La proportion des phosphates varie sans doute dans les différents cas, car des observateurs également compétents en ont noté, les uns, l'augmentation, les autres, la diminution; dans cette situation, il me paraît difficile de regarder la diminution des phosphates comme un signe pathognomonique de la maladie (Primavera et Prudente). — Frerichs et Stædeler ont signalé la *leucine* et la *tyrosine*, et d'après les observations de Griesinger, la présence de ces corps est constante dans les cas graves. — Souvent l'urine renferme du mucus, de l'épithélium vésical par suite d'un état catarrhal de la vessie, et par exception elle contient

du sang provenant des voies urinaires inférieures ou des reins (Ogle). Enfin, dans la plupart des cas, l'urine est albumineuse. Cette *albuminurie* n'a par elle-même aucune signification précise; c'est d'après sa durée et d'après les éléments microscopiques de l'urine qu'on peut en fixer la valeur pronostique, et en saisir la cause, congestion rénale, néphrite catarrhale, néphrite parenchymateuse; cette dernière est exceptionnelle.

Ainsi constitué, vers la fin du premier septénaire, par une fièvre subcontinue (dont je préciserai bientôt les caractères), par un catarrhe intestinal, par le gonflement de la rate et le météorisme, par la fluxion bronchique, par la stupeur, par des désordres nerveux plus ou moins accusés, et par un état général sérieux, le typhus abdominal achève de se caractériser par une éruption exanthématique, qui débute en général du septième au neuvième jour.

L'EXANTHÈME OU ROSÉOLE TYPHOÏDE est représenté par des taches rosées de la grandeur d'une lentille (*taches rosées lenticulaires*), sans saillie notable, et qui s'effacent complètement par la pression pour reparaître immédiatement après. L'abondance de l'éruption est variable; elle peut être bornée à quelques taches rarement disséminées sur le ventre, sur la base de la poitrine, la face interne des cuisses ou la région interscapulaire; dans d'autres cas, elle occupe toutes ces régions à la fois, peut même s'étendre aux membres supérieurs; et dans deux faits que j'ai observés, l'un à l'hôpital Saint-Antoine, l'autre à la Maison municipale de santé, l'exanthème était tellement généralisé et tellement nombreux qu'il simulait rigoureusement celui d'une rougeole discrète. Pour peu qu'elle soit abondante, l'éruption n'est pas produite en bloc, elle a lieu par poussées successives dont la durée individuelle est de trois à six jours; les taches pâlisent et s'effacent en laissant une légère pigmentation grisâtre, et l'on n'en observe pas de nouvelles après le vingtième jour. Des assertions contradictoires ont été émises touchant le rapport qui existe entre l'abondance de l'éruption et la gravité de la maladie; pour moi, je n'hésite pas à formuler la proposition suivante: la fièvre typhoïde est d'autant moins grave, ou, pour dire plus exactement, elle aboutit d'autant plus sûrement à la guérison que la roséole est plus abondante. Je n'entends point impliquer par là une compensation entre le processus cutané et le processus intestinal, c'est de l'hypothèse pure; je veux simplement constater un rapport empirique qui n'est démenti par aucune de mes observations depuis vingt années.

Il est extrêmement rare que l'éruption rosée manque entièrement: aussi a-t-elle une valeur diagnostique considérable; elle n'est pourtant pas un signe pathognomonique, et pour deux raisons: elle peut faire défaut, et elle survient comme phénomène exceptionnel dans la granuloïse aiguë.

Dans certains cas relativement rares, on observe avec la roséole, ou

un peu avant elle, une éruption de taches plus larges, de couleur gris ardoisé, ne s'effaçant pas par la pression, et dont l'abondance est fort variable. Ces taches, connues sous les noms de *taches bleues*, *pigmentaires*, *ombrées* ou *ardoisées*, apparaissent indifféremment dans les cas graves et dans les cas légers; elles sont sans importance pour le pronostic, et n'ont pas plus de valeur au point de vue diagnostique, car je les ai retrouvées dans la fièvre intermittente, dans la dysentérie et dans la méningite tuberculeuse. Dans bon nombre de cas, ainsi que Duguet l'a prouvé, ces taches sont d'origine parasitaire, et n'ont par conséquent aucun rapport avec une maladie déterminée; mais je crois pouvoir affirmer que cette origine accidentelle n'est pas constante, et je maintiens les taches ombrées au nombre des manifestations cutanées possibles de la fièvre typhoïde et de quelques autres états pathologiques. Ma conclusion est justifiée par l'absence bien constatée de parasites pubiens chez certains malades, et par la courte durée de ces taches dans le plus grand nombre des cas.

Toutes les fois que le malade a des sueurs abondantes, il présente une éruption de vésicules miliaires blanches ou sudamina, qui occupent surtout les aines, les aisselles, les parties latérales du cou et du tronc; comme les sueurs sont très rares avant la fin du premier septénaire, ces vésicules coïncident ordinairement avec les taches rosées; en raison même de leur genèse, elles n'ont aucune signification particulière.

Il n'en est pas de même d'une quatrième éruption constituée par des *taches de sang* ou *pétéchies* (*fièvre pétéchiale* des anciens) plus ou moins abondantes. Ces macules ne sont pas modifiées par la pression, parce qu'elles sont dues à une extravasation hémorragique ou pseudo-hémorragique; lorsqu'elles apparaissent tardivement vers la fin de la première période ou le commencement de la seconde, elles sont le signe certain d'un péril imminent; elles démontrent en effet, ou bien que la nutrition des capillaires est tellement compromise qu'ils ne peuvent plus résister à la pression du sang, ou bien que le sang est altéré au point de produire une transsudation colorée en rouge par l'hématine dissoute (sang dissous de Huxham); souvent alors des hémorragies ont lieu par diverses voies, des plaques ecchymotiques apparaissent à la peau, les sudamina se remplissent de sérosité rouge (*miliaire rouge*) et la FORME HÉMORRHAGIQUE est constituée avec toute la gravité que nous lui avons reconnue dans les autres pyrexies. — Les taches pétéchiales peuvent être observées dans des conditions différentes où elles n'ont plus du tout la même gravité; chez les enfants, chez les individus à peau très fine, elles se montrent parfois dès le début de l'exanthème rosé; elles ne sont accompagnées alors ni d'ecchymoses ni d'hémorragies, et elles n'ont vraiment aucune signification spéciale; il convient d'y voir simplement l'expression plus forte de la fluxion cutanée qui produit la roséole.

Tandis que ces phénomènes sont produits à la peau, le caractère typhique de la maladie s'accuse de plus en plus, et l'adynamie, qui en est le trait fondamental, apparaît au complet, si déjà elle ne s'est manifestée. L'accroissement de la stupeur met un terme aux plaintes du malade touchant la céphalalgie et les douleurs des membres; pour la même raison, il sent moins vivement la soif, et, à ne considérer que son état subjectif, il est vraiment moins mal que dans les jours précédents. Cependant le météorisme augmente au point d'entraver l'action du diaphragme et de gêner l'hématose déjà restreinte par le catarrhe broncho-pulmonaire; le cœur conservant une fréquence fébrile, perd de sa force au point que le choc est mal distinct et le premier bruit confus, et l'insuffisance de l'impulsion amène une stase qui se traduit par des congestions viscérales passives (hypostase pulmonaire, cérébrale) et par l'aspect cyanique de la face, plaquée sur les joues de grandes macules d'un rouge violet. Le pouls est fréquent, de 90 à 120, de jour en jour il perd de sa force suivant l'affaiblissement du cœur; il devient dépressible, et présente souvent mais non toujours, le phénomène du microtisme: il bat deux fois pour une seule pulsation cardiaque (*pulsus bis feriens*), en raison de la paralysie des muscles artériels, laquelle manifeste, en l'isolant, l'action propre des fibres élastiques; dans les cas très graves, le pouls ne présente plus la récurrence radiale. La diarrhée est accrue ou persistante jusqu'à la fin de cette première période, les matières prennent souvent une odeur fétide, et elles sont rendues involontairement, soit que la stupeur du malade supprime les sensations du besoin et de l'évacuation, soit que les sphincters soient paralysés. Dans le même temps et pour les mêmes causes, on peut observer soit l'incontinence d'urine, soit la rétention partielle ou complète par suite de l'inertie des muscles expulseurs. La peau est, dans beaucoup de cas, couverte de sueurs abondantes qui, loin d'avoir quelque signification favorable, ne font qu'ajouter à la faiblesse. La langue, séchée et comme rôtie dès le septième ou le huitième jour, s'encroûte de mucus et de sang concrets, elle devient noire, fuligineuse, ainsi que les lèvres et les gencives; les narines sont pulvérulentes, le pharynx est tapissé de mucosités qui entravent ses mouvements et ceux du voile du palais; de là une dysphagie plus ou moins prononcée, qu'aggravent encore parfois des lésions de l'épiglotte ou du larynx. L'amaigrissement commence à faire des progrès rapides; la surdité paraît ou augmente, due à une névrolisie fonctionnelle, ou plus souvent à une otite externe ou moyenne; les désordres cérébraux, spasmes convulsifs, somnolence et délire, sont à leur acmé, et le patient, indifférent à tout, sans volonté, sans désirs, atteint ainsi la fin de la période d'infection, consumé par une fièvre incessante dont il importe de connaître les allures.

Les caractères distinctifs de la FIÈVRE ne doivent pas être demandés au pouls; il n'a rien de constant, rien de précis dans sa manière d'être; il

ne suit pas toujours, il s'en faut, les oscillations de la température (1); bien plus, il peut rester nombre de jours à une fréquence normale ou au-dessous de la normale, alors que cependant la température, bien et dûment fébrile, présente son élévation et sa marche ordinaires (cas de Beddoë).

Le **cycle fébrile** de la fièvre typhoïde comprend trois stades, dont les deux premiers appartiennent à la période de la maladie ou période d'infection. L'*ascension initiale* n'est pas brusque comme celle de la pneumonie, elle est graduelle mais elle est constante, c'est-à-dire que, malgré la rémission du matin, la chaleur d'un jour dépasse toujours d'une quantité notable celle du jour précédent. Le thermomètre s'élève, en général, d'un degré et demi par jour; mais comme la rémission du matin est en moyenne d'un demi-degré, la différence effective d'un soir au soir précédent n'est que d'un degré; la ligne thermique offre ainsi une ascension graduelle régulière, interrompue chaque matin par une chute également régulière de 5 dixièmes de degré. En fait, ce stade conduit progressivement la température au maximum qu'elle doit présenter; je l'ai appelé, pour ce motif, **STADE DES OSCILLATIONS ASCENDANTES**; il a une durée moyenne de cinq à six jours. Par exception le maximum thermique peut être atteint plus tôt, dès le second ou le troisième jour; cette anomalie est toujours inquiétante; d'après les faits que j'ai observés jusqu'ici, elle dénote ou une durée très longue de la maladie (voy. fig. 71), ou cette forme rapidement mortelle connue sous le nom de forme ataxique (voy. fig. 74 et 75).

Le **SECOND STADE** est caractérisé par le défaut d'ascension notable d'un jour à l'autre, et par la faiblesse des rémissions du matin. Le maximum du stade précédent, ou un chiffre très voisin de lui, est comme le point fixe autour duquel se font les oscillations quotidiennes de la chaleur; l'écart entre le minimum et le maximum d'un espace de vingt-quatre heures est peu considérable; il est exprimé par quelques dixièmes de degré, 4 à 6, et bien rarement atteint 8 dixièmes. De là résulte, dans la représentation graphique de la température, un contraste remarquable entre la ligne du premier stade et celle du second: la première, malgré les

(1) Par l'observation de cinq cas de fièvre typhoïde chez des femmes ayant dépassé le cinquième mois de la gestation, Fiedler a établi que le pouls du fœtus présente, comme celui de la mère, des exacerbations vespérales et des rémissions au matin, mais qu'il est surtout en rapport avec la température; il augmente de fréquence quand elle s'élève, il devient plus lent quand elle s'abaisse. Bien des fois le pouls de la mère avait au soir et au matin la même fréquence, quoique la température des deux moments fût dissemblable, mais le pouls du fœtus oscillait toujours comme la chaleur.

FIEDLER, *Ueber das Verhalten des Fötalpulses zur Temperatur und zum Pulse der Mutter bei Typhus abdominalis* (Archiv der Heilkunde, 1862).

chutes angulaires qui la brisent, est ascendante dans son ensemble; la seconde figure une ligne brisée horizontale et non plus une oblique ascendante (voy. fig. 70, 71, 72, 78). De là le nom de **STADE DES OSCILLATIONS STATIONNAIRES** que j'ai donné à cette seconde phase du mouvement fébrile. Même en ne considérant que les formes communes de la maladie, la durée de ce second stade est très variable, comme celle du processus anatomique auquel il correspond; il est compris entre un minimum de neuf jours et un maximum de vingt-deux, de sorte que si l'on compte à partir du début de la maladie, les variations de ce second stade peuvent encore être exprimées de la manière suivante: il s'étend jusqu'à la fin de la seconde semaine, ou au milieu de la troisième, ou à la fin de la troisième, ou au milieu de la quatrième, ou à la fin de la quatrième. Il est digne de remarque que les grandes modifications thermométriques correspondent au milieu ou à la fin d'une semaine, le temps étant supputé du premier jour de la fièvre.

Dans les cas types, de durée moyenne ou longue, le stade des oscillations stationnaires est composé, ainsi que l'a démontré Thomas, de deux phases qui ne sont pas semblables. Dans la première, le point fixe est très voisin du maximum de la période ascensionnelle, et l'oscillation quotidienne ne dépasse pas quelques dixièmes de degré. Dans la seconde phase, on voit déjà se dessiner quelques-uns des caractères de la dernière période de la maladie: le point fixe maximum est moins élevé, et l'oscillation quotidienne, plus prononcée, est comprise entre 5 dixièmes et 1 degré. La connaissance de ce fait prévient l'erreur qui consisterait à prendre la seconde moitié du stade stationnaire pour le début du stade de déclin.

Le second stade thermique présente une autre particularité qu'il n'est pas moins intéressant de connaître: c'est une *rémission subite et temporaire* qui varie de 1 degré à 2 degrés et demi, et qui ne dure en moyenne que dix à douze heures (voy. fig. 79). Wunderlich, qui a indiqué ce phénomène, lui assigne pour date ordinaire le matin du septième jour, mais cette précision est exagérée; j'ai observé cette rémission du sixième au huitième jour. Si l'on ignore ce fait, on pourra, en présence de cet abaissement thermique, douter du diagnostic, et croire qu'on touche au déclin d'une maladie qui n'a pas été une fièvre typhoïde, tandis qu'en réalité cette chute thermométrique, à condition qu'elle soit subite et momentanée, est un signe positif de typhus abdominal.

Lorsque le cours naturel de la maladie n'est dévié par aucune agression thérapeutique violente et par aucune complication, le maximum thermique coïncide avec la fin du stade des oscillations ascendantes; il est rarement au-dessous de 40 degrés, et il est compris d'ordinaire entre 40°,2 et 40°,5, dépassant en général de quelques dixièmes le maximum du stade stationnaire.