

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.

La régularité normale de ce stade est parfois troublée par des oscillations thermométriques d'une amplitude exagérée dont ne rend compte aucun phénomène pathologique ou thérapeutique; cette perturbation constitue le *stade amphibole* (Wunderlich), stade anormal dont la durée est comprise entre trois et huit jours, et qui n'apparaît que dans les cas graves (voy. fig. 70 et 71). Le stade amphibole survient d'ordinaire à la fin du stade stationnaire, au moment où devrait s'accuser le déclin; mais il peut se montrer plus tôt, dès la première moitié du stade d'état (voyez fig. 71).

Deuxième période. Réparation. — Cette période, pendant laquelle l'organisme doit réparer les désordres provoqués par le processus infectant, est semée de périls et d'écueils; certes la maladie peut tuer dès la phase précédente, mais le fait est exceptionnel, et c'est à la seconde période qu'incombe le plus grand nombre des décès. D'autre part, dans les cas heureux, la guérison est atteinte selon des modalités diverses, et certaines, parmi elles, sont fécondes en poignantes incertitudes. Un exposé synthétique est moins possible encore que pour la phase initiale, et le seul moyen de conformer la description à la réalité des choses est d'envisager isolément les principales éventualités de cette période douteuse.

TERMINAISON FAVORABLE. — Je distingue trois groupes de faits.

I. — Le premier comprend les cas dans lesquels la guérison est obtenue par l'amélioration graduelle et non interrompue des symptômes et de la fièvre. Ces cas sont types tant pour la fréquence que pour la régularité de la marche. Le phénomène qui marque le début de cette seconde période est en tout cas un *phénomène thermique*; il est donc méconnu si l'on a négligé l'exploration méthodique de la chaleur, et par suite la date réelle de la *conversion de la maladie* reste ignorée. Le fait initial est une modification de la température du matin, les rémissions dépassent de plusieurs dixièmes de degré celles des jours précédents, la chaleur du soir restant la même. Lorsque ce changement de la rémission persiste et s'accroît pendant plusieurs jours, lorsqu'on est assuré par conséquent qu'il ne s'agit pas d'une perturbation accidentelle et temporaire, on peut être certain que le déclin commence; bientôt la chaleur du soir commence à diminuer; dans les trois ou quatre premiers jours, la différence d'un soir à l'autre peut n'être que de 4 à 8 dixièmes de degré; puis l'abaissement s'accroît davantage, la différence décroissante est d'un degré, un degré et quelques dixièmes en vingt-quatre heures; en même temps la rémission du matin se prononce de plus en plus; le thermomètre qui le soir est encore à 38°8, ou 38°5, peut tomber le matin au chiffre normal ou un peu au dessous; ce n'est plus alors par dixièmes que se mesure l'oscillation quotidienne de la température, c'est par 1 degré et demi, 2 degrés et même 3 degrés. Enfin la chaleur vespérale arrive aussi au chiffre physiologique, elle s'y maintient, le cycle fébrile est terminé.

Ainsi caractérisée, cette phase dernière mérite le nom de **STADE DES OSCILLATIONS DESCENDANTES**, c'est un exemple parfait de *déferescence graduelle* ou *lysis*. Dans les cas graves, la déferescence peut être irrégulière, en ce sens qu'après deux ou trois jours de déclin graduel, la ligne thermique présente soudainement une ascension nouvelle qui persiste pendant plusieurs explorations successives (voy. fig. 72). Cette anomalie commande de suspendre le pronostic.

Tandis que la fièvre suit cette marche rétrograde, le malade présente une amélioration générale qui se manifeste d'abord par l'atténuation des accidents nerveux et de la stupeur. Le délire se calme, puis cesse, les nuits sont plus tranquilles, la somnolence dans la journée n'est plus continue, le retour du sentiment du *moi* est le premier indice de la diminution de l'apathie; le malade, qui est resté plusieurs jours sans se préoccuper ni de lui, ni des personnes, ni des choses, retrouve, avec la conscience de son état, l'inquiétude, l'égoïsme et l'irascibilité; un symptôme non moins significatif apparaît en même temps, c'est le clignement palpébral suspendu dès le début de la somnolence et de l'adynamie, et dont le retour est des plus significatifs. La langue, les gencives et le pharynx se détergent, la dysphagie cesse, la diarrhée diminue, pour faire place souvent à une constipation notable, le météorisme s'affaïsse, la rate revient à ses dimensions normales; l'urine est plus limpide, plus pâle et plus abondante, bien que souvent il y ait des sueurs copieuses durant quelques jours; la diminution de la consommation fébrile rend au système cardio-artériel un peu de force, et avec le rétablissement d'une circulation plus énergique disparaissent les plaques cyaniques de la face, la faiblesse et le microtisme du pouls; les stases viscérales sont dissipées; l'expectoration plus abondante et plus facile, grâce au retour des forces, élimine les produits du catarrhe broncho-pulmonaire parvenu à son terme; le sommeil se rétablit, l'appétit ne tarde pas à manifester d'impérieuses exigences; mais la surdité persiste encore le plus souvent, et l'amaigrissement augmente sans cesse, jusqu'au moment où l'apparition d'une température normale dans les heures du soir révèle le parfait accomplissement du cycle fébrile et le début de la convalescence. — L'amélioration, je le répète, est sans interruption, chaque jour un pas est fait vers la guérison; mais le malade présente, durant toute cette période, une impressionnabilité extrême à toutes les influences nocives, en raison de l'atteinte profonde qui a épuisé son organisme.

Le début du stade de déclin varie considérablement, puisqu'il est subordonné à la durée fort variable de la période d'infection; il peut, dans les cas les plus légers, commencer du treizième au quatorzième jour; il peut, dans les cas les plus intenses, être différé jusqu'au vingt-huitième jour; la date intermédiaire, du dix-huitième au vingt-et-unième jour, est la plus fréquente. La durée de la phase de réparation dans ce pre-

mier groupe de cas varie entre sept et quatorze jours; ces différences dépendent de la constitution des malades et de la gravité de l'attaque, en d'autres termes, de l'importance des désordres à réparer et de la force de l'organisme qui doit effectuer la réparation.

II. — Avec une terminaison également favorable, la période de réparation peut être enrayée dans sa marche progressive par l'apparition de quelque accident grave qui n'est pas un effet direct du poison typhique, mais qui résulte des altérations primordiales suscitées par lui. C'est avec ces cas-là que j'établis mon second groupe, qui pour la fréquence est inférieur au premier et supérieur au troisième. Le moindre effet de ces incidents pathologiques surajoutés est de prolonger la durée de cette période qui peut atteindre alors plus de vingt et un jours; en outre ils créent de nouveaux et sérieux dangers qui rendent au pronostic toutes ses incertitudes.

L'aggravation du *catarrhe broncho-pulmonaire* et de l'*hypostase* est un des obstacles les plus ordinaires à la marche régulière de la réparation. Cette condition prolonge l'état de cyanose, et comme l'adynamie n'est pas encore dissipée, les liquides qui encombrant les bronches ne peuvent être totalement expulsés, et le patient est exposé à tous les dangers de l'asphyxie par obstruction bronchique; en outre l'échange gazeux est restreint de plus en plus, et cela à un moment où la combustion fébrile a surchargé le sang d'acide carbonique. Ces phénomènes, qui ne sont que l'exagération par adynamie de l'une des déterminations typhiques, apparaissent dès le début de la dernière période; si tout marche bien d'ailleurs et que les forces renaissent promptement, le malade peut guérir; il guérit souvent en effet, mais l'état est grave. — Dans d'autres cas, le commencement de la réparation marche favorablement pendant quelques jours, puis une véritable *pneumonie fibrineuse* survient, qui se révèle par une ascension anormale de la ligne thermique, et qui remet tout en question. Si cette lésion tardive est peu étendue et fixe, elle peut ne constituer qu'un temps d'arrêt dans l'amélioration commencée, mais souvent elle est extensive et envahissante, et tue par asphyxie. — Vers le même temps, c'est-à-dire dans la seconde moitié ou à la fin de cette période, la situation jusque-là satisfaisante peut être soudainement compromise par des *accidents laryngés* (nécrose, œdème, voy. t. II) dont le début est resté inaperçu en raison de la torpeur du malade. Souvent cette complication est plus tardive, elle ne se manifeste qu'après la chute de la fièvre, dans le cours de la convalescence.

La lésion intestinale produite par le poison typhique met à nu des vaisseaux; la nécrose consécutive à l'infiltration peut s'étendre à la séreuse, et elle affaiblit notablement la résistance de la paroi; de là la possibilité de l'hémorrhagie et de la perforation, deux éventualités redoutables qui transforment bien souvent la période de réparation en

période mortelle. L'HÉMORRHAGIE INTESTINALE est plus précoce que la perforation, elle a sa plus grande fréquence du quatorzième au vingt-et-unième jour. Pour peu que le flux sanguin soit abondant, il est révélé avant même de parvenir dans les selles, par le changement que présente le malade; la température baisse subitement, la chute peut être de 2 à 3 degrés en quelques heures, les téguments pâlisent, les extrémités sont froides, le pouls devient petit *sans perdre de sa fréquence*, et dans un très court espace de temps un état de collapsus est constitué qui crée un péril imminent. Si l'hémorrhagie est médiocre, ces phénomènes sont moins accusés, mais ils existent toujours à un degré quelconque, et je n'ai pas encore vu manquer la dépression brusque de la température. L'hémorrhagie peut être unique, ou bien elle se répète à de courts intervalles; le pronostic est subordonné d'une part à la quantité de sang perdu, d'autre part à l'état du malade au moment où il est atteint de cette spoliation nouvelle; il y a là un rapport quantitatif facile à saisir. Une hémorrhagie médiocre peut tuer, si l'adynamie était complète; une hémorrhagie abondante peut permettre une issue favorable et ne constituer qu'un orage passager, si l'organisme du malade a subi de moindres atteintes. Je ne puis admettre pour le pronostic d'autre élément d'appréciation, et je récusé de toutes mes forces la théorie qui donne l'hémorrhagie intestinale comme un phénomène favorable et quasi-critique. Sur 32 cas, Griesinger a eu 10 morts, Jenner en a eu 7 sur 21, Gietl 7 sur 14; quant à moi, sur 6 cas, concernant tous, il est vrai, des malades profondément adynamiques et des hémorrhagies abondantes, j'ai eu 6 morts. — La fréquence moyenne de cet accident est de 5 à 6 pour 100 cas de fièvre typhoïde, mais il est digne de remarque que cette fréquence varie beaucoup dans les diverses épidémies.

La PERFORATION est rare avant la troisième semaine; c'est de ce moment et jusqu'à la huitième qu'elle est le plus à craindre; elle a lieu tantôt à l'occasion d'un mouvement brusque, d'un effort (circonstance qu'il ne faut pas perdre de vue dans le traitement), tantôt sans cause appréciable; elle est surtout à redouter chez les malades qui, au moment de la détersion complète des ulcérations, présentent encore un météorisme considérable. La fréquence de cet accident varie suivant les époques et suivant les pays; ce fait explique les différences notables des statistiques, qui assignent à la perforation des moyennes centésimales comprises entre 2, 3 pour 100 et 10 pour 100. Ce qui est certain, c'est qu'elle est plus commune chez les malades du sexe masculin, et infiniment rare chez les enfants. Il n'y a aucune relation entre le nombre des ulcérations et les chances de rupture; il n'y en a pas davantage quant à la gravité de la maladie; loin de là, on a vu la perforation mettre brusquement un terme à des fièvres typhoïdes tellement légères qu'elles

avaient jusqu'alors permis au malade de rester levé (*typhus ambulatorius*), et, en 1867, Bennett a encore rapporté un fait de ce genre.

L'horrible douleur qui signale d'ordinaire la perforation de l'intestin n'est pas perçue, et partant pas accusée, lorsque le malade, du fait de l'adynamie, est dans un coma profond; si la stupeur est moindre, elle peut être momentanément dissipée par la douleur qui tient lieu d'excitant, et qui atteint son summum par la pression abdominale. En tout cas, l'accident est révélé par la fréquence et la petitesse subitement accrues du pouls, par l'abaissement de la température qui peut devenir normale ou même sous-normale jusqu'à l'explosion de la péritonite, par le collapsus du patient, et par le météorisme énorme qui résulte de l'arrivée des gaz intestinaux dans la cavité péritonéale; il n'est pas rare que cette extravasation gazeuse fasse disparaître complètement la matité hépatique en avant; quand ce signe est net, il démontre la perforation en l'absence de la douleur. Des faits positifs établissent que le malade peut survivre; mais ces faits, tout en justifiant la place que j'assigne à cet accident, sont tellement rares qu'ils ne peuvent atténuer le pronostic général; la perforation peut tuer dès les premières heures qui la suivent, par le fait même du collapsus; plus souvent elle tue au bout de trente-six à quarante-huit heures, par une péritonite généralisée. Dans les cas rares où la guérison a lieu, c'est qu'il n'y a pas eu d'épanchement péritonéal, et conséquemment pas de péritonite; ou bien c'est que des adhérences préalables ont substitué à l'inflammation diffusée de la séreuse un foyer circonscrit, qui s'éteint sur place ou s'ouvre au dehors (observation de Jenner).

La PÉRITONITE n'est pas un signe certain de perforation; dans quelques cas, elle est causée soit par l'extension de la phlogose intestinale (propagation par contiguïté), — soit par la rupture de glandes mésentériques suppurées, d'un abcès de la rate ou de la paroi vésicale, — ou bien enfin elle se développe sans cause locale saisissable. Cette complication est très rare; elle est ordinairement, mais non constamment, mortelle.

Au début de la période de réparation, au même moment où l'on a à craindre l'hémorragie intestinale, on peut observer des ÉPISTAXIS qui ont une tout autre signification que celles des premiers jours de la fièvre; elles sont les indices d'une disposition hémorragique créée par la maladie; elles coïncident fréquemment avec l'éruption pétéchiale, et constituent, pour peu qu'elles soient abondantes, un phénomène d'une extrême gravité. Il en est de même des MÉTRORRHAGIES qui surviennent parfois à ce moment-là; elles sont surtout inquiétantes, si elles ne correspondent pas à l'époque ordinaire de l'écoulement menstruel.

Du moment que la période de réparation est troublée par ces épisodes graves, elle perd, on le conçoit, la régularité de ses allures; le cycle

caractéristique est rompu, il n'y a plus rien de constant, ni dans la ligne figurative de la fièvre, ni dans l'époque à laquelle apparaît la chute finale, qui marque le commencement de la convalescence; au lieu de la marche typique des cas du premier groupe (défervescence lente non interrompue), on n'a plus qu'une phase tumultueuse et désordonnée, dont la terminaison, supposée favorable, peut être différée jusqu'au delà de la sixième semaine.

III. — Suivant l'ordre de la fréquence décroissante, je compose mon troisième groupe de cas avec des faits auxquels j'attache une extrême importance nosologique, en ce qu'ils servent de transition et de trait d'union entre les formes longues ou communes de la fièvre typhoïde, et la forme vraiment abortive dont il sera bientôt question. Dans les cas de cette troisième série, la période d'infection présente au grand complet la symptomatologie ordinaire; elle peut être tout aussi grave que dans les variétés précédentes; mais elle est contenue en général dans les minima de la durée assignée à cette phase de la maladie, c'est-à-dire qu'elle est prolongée jusqu'à la fin de la seconde semaine, et au plus jusqu'au milieu de la troisième. A ce moment débute la phase de réparation; mais, au lieu de procéder par défervescence graduelle ou lysis, elle s'affirme, avec ou sans *perturbation critique* (voy. t. I.), par une *défervescence brusque* qui est complète en douze heures, du soir au matin, ou au plus tard après trente-six heures. La chute de la fièvre est accompagnée d'une transformation totale dans l'habitus extérieur du malade; son facies reprend une expression naturelle, la langue se nettoie rapidement, la restauration organique a lieu sans orage, et la phase de réparation réduite au minimum, et silencieusement accomplie, se confond à vrai dire avec la convalescence. Les tracés 76, 77 et 78 sont des exemples très nets de cette marche éminemment favorable. Non seulement la guérison est constante dans cette forme, mais on n'observe, après le début de la convalescence, aucun de ces accidents dont le nombreux cortège constitue les suites de la maladie; toutefois la réversion est possible comme après les formes communes.

Cette défervescence brusque ou critique, que je pense avoir signalée le premier, et qui est semblable de tous points à celle de la pneumonie la plus franche, n'est pas seulement observée, comme je l'ai cru longtemps, dans les cas dont la durée est au-dessous de vingt jours; on la voit beaucoup plus rarement, il est vrai, du vingt-et-unième au vingt-cinquième jour; l'exemple que j'en donne (voy. fig. 83) est d'autant plus remarquable que la défervescence a été précédée d'une perturbation critique des plus nettes, et que la ligne thermique a présenté, du onzième au quatorzième jour, un plateau de mauvais augure.

Mort. — La fièvre typhoïde tue à des époques différentes et par des causes bien diverses.

La mort peut avoir lieu du cinquième (?) au neuvième jour, sans complication aucune, par la seule intensité des premiers effets de l'empoisonnement. Dans ces cas-là, les accidents abdominaux et thoraciques sont peu prononcés en raison de la précocité de la terminaison; dès les premiers jours, les désordres cérébraux, notamment le délire, les contractures et les soubresauts de tendons, frappent par leur imperturbable violence; mais le fait dominant, fondamental, celui qui donne la clef de tous ces phénomènes et qui explique la mort rapide, c'est l'élévation colossale de la température; la chaleur excessive du soir est d'autant plus périlleuse qu'elle n'est interrompue que par des rémissions à peine marquées, ou nulles (*ligne thermique en plateau*); dans la dernière journée, la température monte sans cesse, elle franchit 40°,5, — dépasse 41 degrés, — et le patient succombe avec un chiffre thermométrique supérieur à tous les précédents (voy. fig. 75). Cette marche quasi foudroyante est plus fréquente dans certaines épidémies; elle tient sans doute et à l'intensité de l'empoisonnement, et aux conditions individuelles des malades; je l'ai vue surtout chez les hommes habitués aux excès alcooliques. — Pour éviter une erreur grave de pronostic, il importe de ne pas perdre de vue l'observation que voici : le véritable signe de cette variété toujours mortelle n'est pas le désordre des fonctions cérébro-spinales, ce n'est pas non plus le défaut de rapport entre les accidents cérébraux et les phénomènes abdominaux (*ataxie*); une fièvre typhoïde peut avoir tous ces caractères pendant les huit ou dix premiers jours, et reprendre ensuite des allures plus tranquilles et plus normales; le vrai critérium, c'est la marche insolite de la fièvre, qui atteint trop tôt les degrés élevés, qui dépasse ensuite le maximum ordinaire, et qui arrive, par une ascension continuelle, à un chiffre dont la persistance est incompatible avec la vie.

Un peu plus tard, au début et dans le cours de la période de réparation, la mort peut être amenée, sans prédominance symptomatique spéciale, sans complication, par les seuls progrès de l'adynamie. Épuisé par l'atteinte du poison, le patient ne peut en réparer les effets; consumé par la fièvre, asphyxié par un sang mal hématosé, il tombe bientôt dans un *collapsus* mortel. Dans quelques cas, la terminaison est hâtée par une *parotidite* suppurée d'autant plus grave qu'elle apparaît plus tôt, plus rarement par une *diphthérie* pharyngée, ou bien enfin par une *diathèse hémorrhagique aiguë*, que révèlent des *pétéchies* et des hémorrhagies multiples.

Tous les accidents que j'ai signalés à propos de la réparation difficile peuvent devenir mortels : l'extension du *catarrhe bronchique* aux petits canaux, l'*hypostase* étendue des deux poumons, plus tardivement la *pneumonie fibrineuse*, l'*hémorrhagie intestinale*, la *péritonite* avec ou sans *perforation*, sont les causes les plus communes de la mort

durant la seconde période. Dans le même temps, mais avec une fréquence incomparablement moindre, la terminaison funeste peut être provoquée par une *endocardite*, par une *myocardite*, par une *inflammation des méninges*, parfois consécutive à une *otite interne*, par un *érysypèle facial* qui peut coïncider avec une *parotidite*, enfin par une *hépatite parenchymateuse* que révèle un *ictère grave*.

Dans certains cas également mortels, les allures de la maladie sont des plus trompeuses quant au pronostic. Le patient arrive tant bien que mal à l'époque où a lieu, dans les formes prolongées, le début de la convalescence; les accidents cérébraux et thoraciques ont cessé, il n'est pas survenu de complication, on attend d'un jour à l'autre la chute définitive de la fièvre; or elle dure avec un caractère rémittent, en se maintenant dans les températures moyennes; la diarrhée continue, le météorisme persiste, les téguments pâlisent et sont couverts de sueurs profuses, les extrémités deviennent œdémateuses, l'amaigrissement augmente, et le malade, réduit pour ainsi dire à l'état de squelette, succombe de la sixième à la huitième semaine. Le *défait de cicatrisation* des ulcérations intestinales est la cause de cet épuisement tardif.

Les plus nombreux cas de mort appartiennent à la troisième et à la quatrième semaine; viennent ensuite la fin de la seconde, le cinquième septénaire, le sixième, et en dernier lieu le premier. — Le chiffre de la mortalité varie dans de notables limites, suivant les épidémies, suivant les conditions hygiéniques des hôpitaux, suivant les contrées : aussi ne peut-on accepter comme moyennes générales que celles qui sont fournies par des statistiques très nombreuses, portant sur des cas de diverses provenances; on arrive alors à ce résultat que la mortalité de la fièvre typhoïde est comprise entre un minimum de 18 et un maximum de 25 pour 100.

Formes, durée. — Les nombreuses formes attribuées à la fièvre typhoïde ne sont, pour la plupart, que des variétés dans le début ou des prédominances dans les symptômes. La forme dite *bilieuse* n'est qu'un typhus abdominal qui débute par un catarrhe gastro-duodéal étendu aux voies biliaires, et qui présente par conséquent, au nombre de ses symptômes initiaux, l'*ictère catarrhal* et tous les accidents qui en dépendent, notamment les nausées et les vomissements. Après quelques jours, rarement plus d'un septénaire, ces épiphénomènes disparaissent, et la fièvre typhoïde suit son cours ordinaire, tantôt légère, tantôt grave, de sorte qu'on ne peut établir aucun rapport constant entre ce mode de début et l'évolution ultérieure de la maladie.

La forme dite *muqueuse* (1) n'est pas moins rare que la précédente;

(1) Équivalents dans les auteurs anciens : *quelques-unes des fièvres pétéchiales* de Fracastor; — la *première espèce* de Sarcone : rémittente ou subintrante avec irrita-