

née que grâce à l'enquête bactériologique. La grippe peut du reste favoriser l'inoculation tuberculeuse, et elle aggrave constamment les lésions tuberculeuses pré-existantes, en exaltant la virulence du bacille et en activant la propagation des lésions.

**Évolution.** — Certaines gripes légères ne durent guère plus de 48 heures; d'autres, quoique fébriles et intenses, tournent court au bout de 3 à 4 jours. La durée dépasse souvent une semaine, bien plus longue en cas de complications. La convalescence peut traîner des semaines et des mois. Les *rechutes* sont fréquentes, surtout quand la maladie traîne. La pneumonie et la broncho-pneumonie sont les plus communes causes de mort, surtout chez les sujets âgés, débilités ou porteurs d'une tare organique.

**Diagnostic.** — Méconnue au début des épidémies, la grippe est ensuite abusivement diagnostiquée. Ses signes d'invasion font souvent songer à la *rougeole* (catarrhe), à la *variolo* (rachialgie), ou à la *scarlatine* (angine, exanthème). La prédominance des arthralgies, des douleurs osseuses, peut en imposer pour un *rhumatisme aigu*, une *ostéo-myélite des adolescents* (douleurs plus limitées).

Les douleurs, l'éruption, ont fait confondre la grippe avec la *denque* (éruption très prurigineuse, douleurs fugaces, localisées aux genoux, pas de catarrhe).

Certaines formes de grippe prennent le masque de la *méningite*, du *choléra*, de la *fièvre typhoïde*.

L'origine grippale de certaines *pneumonies*, de certaines *néphrites*, passe aisément inaperçue.

Enfin, le diagnostic de la grippe avec la *tuberculose pulmonaire* peut, en certains cas, offrir les plus sérieuses difficultés, soit à la période aiguë (congestions du sommet), soit à la phase de déclin (pneumonie chronique).

## X. — FIÈVRE TYPHOÏDE

**Signes étiologiques.** — La fièvre typhoïde est une maladie générale infectieuse, expression clinique des réactions de l'organisme envahi par le *bacille d'Eberth Gafky*.

Les exemples avérés d'épidémies strictement limitées au champ de distribution de certaines eaux contaminées (puits, rivières, sources mal captées) ont prouvé le rôle de l'eau comme véhicule du contagion. Les grandes pluies favorisent la contamination accidentelle des eaux, origine des épidémies massives. Leur souillure continue détermine les états endémiques, avec poussées épidémiques. Le lait (coupé d'eau suspecte ou manipulé par des mains souillées), les huîtres (ayant séjourné dans des parcs contaminés, ou arrosées avec des eaux contaminées), ont été quelquefois incriminés. Quelques faits ne s'expliquent que par l'inhalation ou la déglutition de poussières renfermant le contagion. Les vêtements, le linge, la literie ayant servi aux typhiques peuvent transmettre la maladie. Les autres facteurs âge (18 à

30 ans en moyenne), professions (soldats, blanchisseuses, infirmiers, égoutiers, vidangeurs), encombrement, surmenage, nostalgie, non-acclimatement, n'ont qu'une valeur prédisposante. Les voies digestives sont la porte d'entrée habituelle.

**Sémiologie analytique.** — *Troubles du tractus digestif.* — L'appétit disparaît dès le début et reste nul, jusqu'à la défervescence, pour devenir vorace lors de la convalescence; il persisterait pourtant dans quelques cas encore fréquents selon Waquez (10 pour 100). La *soif* est assez vive, dans la phase initiale.

**Bouche et pharynx.** — Les sécrétions buccales sont à peu près suspendues. La *langue* est d'abord humide, blanche au centre, rouge à la pointe et sur les bords; plus tard (milieu de la 2<sup>e</sup> semaine), sèche, cornée et fuligineuse, dans les cas graves (*langue de perroquet*). A la même période, les *lèvres* sont également sèches, fuligineuses, fendillées; les *dents* se couvrent d'un enduit noirâtre; le *voile du palais*, la *luette*, les *amygdales*, le *pharynx* sont rouges, voilés d'un enduit brunâtre. Il y a souvent de l'*angine* (pultacée, pseudo-membraneuse, aphteuse, ulcéreuse, gangreneuse ou due au muguet); celle-ci est quelquefois ulcéreuse et spéciale (Duguet et Derignac 83), contemporaine des taches rosées ou antérieure, caractérisée par des *exulcérations ovalaires*, comparables à de larges aphtes, occupant la face antérieure de l'un ou des deux piliers antérieurs. Également fréquent, le *muguet* tapisse le voile, les piliers et les amygdales presque toujours, le fond du pharynx parfois, rarement la muqueuse de la bouche et de la langue; il entraîne une dysphagie vive et rebelle.

**Estomac.** — La *gastrite typhique* (Chauffard), quand elle existe, se traduit, au cours de la maladie ou de la convalescence, par de l'épigastrie et des vomissements.

A la *phase d'état*, le vomissement n'est souvent que passager et accidentel. D'autres fois, par contre (2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> semaine), il est grave, rarement sanglant, mais lié à une *intolérance gastrique* absolue. Lors de la *convalescence*, le vomissement indique une *indigestion* ou une *rechute*, à moins qu'il ne marque le début de l'*intolérance stomacale*. Expression commune des lésions gastriques graves réalisées par la maladie, celle-ci est tantôt passagère et curable, tantôt rebelle, accompagnée d'*apepsie* complète, et, aboutissant au marasme.

**Troubles intestinaux.** — Les typhiques présentent souvent des *dou-*

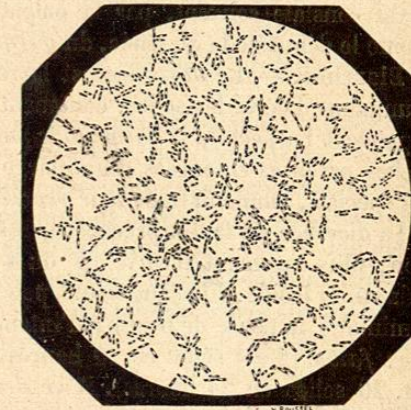


FIG. 215. — Bacilles d'Eberth en culture. (D'après Thoinot et Masselin.)

leurs abdominales spontanées ou provoquées par la pression, en particulier dans la fosse iliaque droite. Souvent précoces, plus intenses dans les cas graves, exaspérées par la constipation et les écarts de régime, elles durent presque autant que la maladie.

Le *météorisme* est commun, surtout à une phase avancée. Il persiste jusqu'à la mort dans les cas mortels, et dure 4 à 15 jours dans les autres, avec des rémissions. Son intensité se mesure à la gravité des cas. En gênant la respiration, il augmente la stase pulmonaire; il favorise en outre la perforation intestinale.

On constate souvent, par la palpation, dès la première semaine, avant même le début de la diarrhée, du *gargouillement* dans la fosse iliaque droite.

**Diarrhée.** — La *diarrhée* est la règle dans la fièvre typhoïde. Liquides, d'un jaune d'ocre, les selles, contenant souvent des grumeaux ou des flocons, rappellent l'aspect de la *soupe aux pois secs*. Elles laissent, sur le linge, des taches ocreuses entourées d'une large auréole à peine colorée. Leur *fétidité* est spéciale, ammoniacale; leur *réaction* alcaline.

La diarrhée est tantôt précoce, tantôt consécutive à une phase de constipation; plus rarement tardive (3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> semaine), elle est très atténuée par la balnéation froide. Elle augmente peu à peu, jusqu'à la période d'état, puis diminue à la phase de déclin; d'intensité proportionnelle à celle de la maladie; *faible* (2 à 4 selles en 24 heures), *moyenne* (4 à 8 selles) ou *forte* (8, 10, 20 selles en 24 heures). A ce *dernier* degré, elle entraîne la petitesse du pouls, la pâleur et la tendance au *collapsus*. Souvent involontaires, les évacuations provoquent un érythème interfessier et sacré qui est l'indice d'une prostration grave et favorise l'éclosion des *escarres*.

**Constipation.** — La constipation initiale est passagère et négligeable. Une constipation durable, absolue ou relative, associée à la diarrhée, entretient le ballonnement et favorise les perforations.

**Hémorragies intestinales.** — Elles traduisent tantôt un *processus local*, tantôt une *tendance générale aux hémorragies*.

L'*hémorragie de cause locale* est tantôt précoce et purement *congestive* (rare), tantôt, et plus souvent, consécutive à l'ulcération d'une artériole ou à son ouverture à la chute de l'escarre. Presque toujours venue de l'iléon, l'hémorragie est plus fréquente dans certaines épidémies et dans les formes graves. Elle éclate pendant la 2<sup>e</sup> ou la 3<sup>e</sup> semaine. Quelquefois annoncée par une élévation de la tension artérielle (J. Teissier)<sup>(1)</sup> et la disparition du dicrotisme du pouls (Boucharde).

Une entérorragie profuse peut tuer avant toute évacuation sanglante, par syncope ou collapsus.

En petite quantité, le sang donne lieu à des selles striées ou rougeâtres; très abondant (1000 grammes et plus), il est rendu en nature, tantôt rutilant à l'état de liquide épais, mêlé de gros caillots rouge sombre; tantôt digéré, comparable à de la poix ou à du goudron (*melæna*). *Légère*, l'hémorragie n'altère pas l'état général; *profuse* elle entraîne les signes habituels d'une

(1) TEISSIER, Soc. méd. des hôp., 1904.

hémorragie interne (pâleur, lipothymie, etc.), se traduisant surtout, chez les typhiques, par une *dépression thermique* proportionnée à l'abondance de la perte sanguine et suivie d'une réascension rapide, quelquefois supérieure à la température primitive. Plus ou moins grave suivant son abondance, l'hémorragie intestinale est une cause de mort rapide (1 à 4 heures, à 5 jours).

**Perforations intestinales.** — La perforation complique les formes graves, mais, parfois aussi, les plus bénignes. On l'observe de la 3<sup>e</sup> à la 5<sup>e</sup> semaine, quelquefois plus tôt (8<sup>e</sup> au 11<sup>e</sup> jour) ou plus tard. Tantôt la gravité de l'état général, de la diarrhée, du météorisme, les hémorragies intestinales, la font redouter; tantôt elle survient inopinément, au cours d'un *typhus ambulatoire*. La perforation détermine des signes de *péritonite*, soit *suraiguë* ou *aiguë*, soit *latente*.

La *péritonite aiguë*, propre aux typhiques peu affaiblis ou convalescents, se traduit par une *douleur soudaine*, très vive, limitée d'abord au flanc droit, puis irradiée et généralisée, souvent accompagnée d'un grand *frisson*, puis suivie d'*hypothermie rapide* (Dieulafoy), de *nausées*, de *vomissements*, bilieux ou porracés, exceptionnellement fécaloïdes. Les selles et les urines sont souvent supprimées. Le ventre est extrêmement ballonné et sensible; le *facies* est pâle, grippé, le nez effilé; les yeux sont excavés, les extrémités froides. Le pouls, petit et vif, l'*hypothermie* (36°, 9-35°, 9), présagent un collapsus rapide.

Chez les typhiques délirants ou comateux, la *péritonite* reste *latente*; trahie seulement par : le *facies* grippé, la petitesse du pouls, la sensibilité du ventre à la pression, quelquefois du hoquet et des vomissements. Souvent, sans douleur ni frisson, on ne note qu'une augmentation subite de la prostration, du météorisme, de la température, et l'accélération du pouls.

La perforation est d'habitude rapidement mortelle; exceptionnellement, l'enkystement de la péritonite rend la guérison possible.

En cas de *perforation du gros intestin*, la péritonite se généralise plus rarement; une *pérityphlite suppurée* peut succéder à la perforation du *cæcum* ou de l'*appendice*. Celle du rectum peut aboutir, soit à un *abcès fécal* de la fesse, soit, chez la femme, à une *fistule recto-vaginale*.

**État de la rate.** — La *tuméfaction splénique* est presque constante dans la fièvre typhoïde, le plus souvent précoce (fin de la 1<sup>re</sup> semaine) et contemporaine du fastigium thermique; elle diminue avec la fièvre. Plus marquée et plus constante avant 50 ans, elle peut manquer chez les malades âgés ou dont la rate a subi des lésions antérieures. Accessible au palper, surtout chez l'enfant, la rate est rarement sensible à la pression; sa matité mesure 11, 12 et 14 centimètres.

Les *infarctus de la rate* ne peuvent être que soupçonnés, sur la constatation d'une tuméfaction tardive de l'organe avec sensibilité anormale.

Souvent mortels, la *rupture* et les *abcès de la rate* déterminent une *péritonite grave*, généralisée ou circonscrite.

**Ganglions lymphatiques.** — La profonde atteinte de l'appareil lym-

phoïde des typhiques n'a généralement pas d'expression clinique appréciable. On a pourtant observé la tuméfaction des ganglions cervicaux et inguinaux.

**Troubles des voies respiratoires.** — Les *mouvements respiratoires* sont toujours *accélérés*, soit dans la même mesure que le pouls, soit quelquefois indépendamment de lui. Dans les formes ataxo-adiynamiques, la respiration est *inégaie*, *suspirieuse*. Les fermentations bucco-pharyngées rendent l'*haleïne* fétide.

**Fosses nasales.** — Les *épistaxis*, parfois répétées, sont fréquentes, à toutes les périodes de la fièvre typhoïde. A la phase prodromique, elles peuvent faciliter le diagnostic. Légères ou copieuses, elles ne sont graves qu'en raison de leur abondance ou si elles traduisent une tendance générale aux hémorragies.

**Larynx.** — Les typhiques sont exposés : 1° à une *laryngite catarrhale* initiale bénigne, traduite par un enrouement simple; 2° à une *laryngite ulcéreuse* qui, sauf un peu d'aphonie, de dysphagie (lésion de l'épiglotte) et une sensibilité variable à la pression de l'organe, comporte peu de troubles fonctionnels; 3° au *laryngo-typhus*, bien plus grave.

Le *laryngo-typhus*, compliquant plutôt les formes ataxo-adiynamiques, avec escarres et abcès multiples, n'épargne pourtant pas les formes moyennes. Cliniquement, il se traduit soit par des accidents d'*œdème de la glotte*, soit par un *phlegmon péri-laryngé* avec *fusées purulentes* le long des vaisseaux et parfois *emphysème sous-cutané* circonscrit, susceptible de se généraliser. Des fragments de cartilages nécrosés sont parfois éliminés, au milieu d'accès de suffocation. Quand le laryngo-typhus n'est pas mortel, il laisse des lésions irréparables.

**Bronches.** — On entend constamment chez les typhiques, aux bases pulmonaires principalement, des râles sibilants et ronflants.

**Poumons.** — La *congestion pulmonaire*, traduite par une diminution du murmure vésiculaire, plus rarement par une respiration rude, est généralement associée à la bronchite, et, comme elle, prédomine aux bases.

A la *période d'état* s'observe souvent la *splénisation* ou *pneumonie hypostatique*. Débutant insidieusement, sans toux ni expectoration, celle-ci se révèle par une diminution du son pulmonaire et du murmure vésiculaire, par des râles du genre crépitant, du souffle et de la bronchophonie. Elle entraîne le refroidissement et la cyanose de la face et des extrémités.

La splénisation s'accompagne souvent d'*œdème pulmonaire*, mais celui-ci peut aussi revêtir la *forme aiguë grave*. En ce cas, la poitrine se remplit de râles fins, et la mort peut survenir, en quelques heures, par asphyxie. Ces accidents ont quelquefois pour origine la *néphrite typhoïdique*.

La *broncho-pneumonie*, assez fréquente (7 pour 100), l'est davantage chez l'adulte que chez l'enfant. Habituellement tardive et insidieuse, elle n'offre un début bien net que si elle survient au décours ou durant la convalescence de la maladie; celui-ci est alors marqué par une ascension thermique et un frisson. En général obscurs, les signes physiques sont masqués par ceux

d'une bronchite généralisée. A la période d'état, la broncho-pneumonie est toujours grave. Elle peut avoir pour conséquence tardive la dilatation des bronches.

La *pneumonie lobaire* peut éclater à toutes les périodes de la fièvre typhoïde (début, cours, déclin).

*Initiale*, la *pneumonie* prend le nom de *pneumo-typhus*, et sera étudiée avec les *formes cliniques*.

La *pneumonie de la phase d'état* est rare (7 pour 100); elle débute insidieusement du 11<sup>e</sup> au 17<sup>e</sup> jour, souvent sans frisson ni point de côté, par une élévation thermique inconstante; la respiration est accélérée, mais la toux est rare et les crachats rouillés font souvent défaut. Les signes d'auscultation sont seuls décisifs. En général, la pneumonie aggrave beaucoup la fièvre typhoïde et entraîne le plus souvent la mort en 2 ou 3 jours.

La *pneumonie de la convalescence* est épisodique et moins grave.

L'*infarctus* et l'*apoplexie pulmonaires* ne sont pas extrêmement rares au cours de la fièvre typhoïde (par mobilisation d'un caillot du ventricule droit ou du système veineux). Quand l'embolus est gros, la *mort subite* ou rapide peut s'ensuivre. Autrement, l'infarctus se traduit par une *hémoptysie* liée, ou non, à des signes de broncho-pneumonie ou de pleurésie.

L'*abcès du poumon*, tantôt solitaire, par infection secondaire d'un infarctus, tantôt multiple, d'origine pyohémique, passe, le plus souvent, cliniquement inaperçu.

Tardive, non exceptionnelle, la *gangrène pulmonaire* est contemporaine des escarres périphériques, et d'origine embolique, ou résulte de la pénétration dans les voies aériennes de parcelles septiques venues de la bouche ou du pharynx. Elle entraîne des troubles généraux graves dont la cause reste habituellement obscure.

**Plèvres.** — La *pleurésie*, sèche ou avec épanchement, n'est pas très rare. Exceptionnelle au début (*pleuro-typhus*), peu commune au cours, elle éclate plutôt à la phase de déclin ou de convalescence. Rarement *séro-fibrineux*, l'*épanchement* est plus souvent *hémorragique* (symptomatique d'un infarctus sous-pleural), *purulent* (suppuration de voisinage ou pyohémie) ou *putride* (avec ou sans gangrène pulmonaire). Généralement latents, ces épanchements ne sont dépistés que par un examen clinique minutieux; ils aboutissent souvent à l'*empyème de nécessité*. La purulence en fait sans doute la haute gravité.

Se résorbant d'habitude sans ponction, les épanchements séreux et sanglants sont reconnaissables à leur formule cytologique spéciale: hématies, lymphocytes et polynucléaires en proportions variables, mais surtout *grandes cellules endothéliales isolées ou en placards*, décelables durant toute la pleurésie (Widal, Ravaut et Lemierre).

**Troubles cardio-vasculaires.** — **Péricarde.** — **Endocarde.** — La *péricardite*, rare dans la fièvre typhoïde, reste habituellement latente. L'*endocardite* est également rare. Il existe pourtant des exemples d'*endocardite végétante* de la mitrale, des sigmoïdes aortiques, et même de la tricuspide.

En tout cas, les *souffles cardiaques* constatés chez les typhiques lui sont rarement imputables; bien plus souvent, *anorganiques* dits *fébriles* (variables et fugaces), ou d'origine myocardique.

**Myocarde.** — La *myocardite typhique* existerait dans la moitié ou les deux tiers des cas. Elle se traduit par des signes plus ou moins nets : 1° *atténuation ou disparition du premier bruit* avec persistance du second, qui tantôt reste normal, tantôt perd sa netteté ou se dédouble, mais s'efface très rarement; 2° *affaiblissement du choc précordial* réduit à une vague ondulation; 3° *altération du rythme*, qui, tantôt, devient fœtal, par égalisation des deux silences, tantôt subit des *intermittences* souvent *rythmées* (toutes les 3 ou 4 pulsations) (Hayem); 4° *souffles systoliques* doux de la pointe, se propageant vers la base, essentiellement variables suivant la force de la systole; 5° tendance aux *lipothymies*, aux *syncopes* et au *collapsus*; *pouls* de plus en plus petit et dépressible.

Aucune douleur, aucune gêne fonctionnelle n'attire l'attention sur le cœur, aussi la myocardite n'est-elle dépistée que par une auscultation journalière systématique. Les signes se prononcent avec les progrès de l'asthénie cardiaque. On note peu de chose la première semaine; au cours ou à la fin de la seconde, le souffle apparaît souvent, le choc précordial fléchit, le rythme s'altère, le pouls nettement dicrote est déjà dépressible. La troisième semaine, les signes d'asthénie cardiaque sont plus nets : affaiblissement du choc de la pointe, à la main et à la vue; assourdissement du premier bruit, modifications du second; intermittences rythmées, pouls de plus en plus dépressible. En cas de guérison, ces troubles font, peu à peu, place à la normale, mais ce retour est très lent; durant la convalescence, le moindre mouvement, le moindre effort peuvent réveiller la tachycardie ou les intermittences. Dans les cas graves, la myocardite détermine la *syncope*, la *mort subite* ou le *collapsus*, sans parler des conséquences lointaines possibles (cardio-sclérose).

La tendance aux *lipothymies* est commune. On peut observer des *syncopes à répétition*, mortelles au 2° ou 3° accès; d'autre fois la mort subite est inopinée et silencieuse.

Le *collapsus typhoïdique*, bien décrit par Hayem, est lié à l'état du myocarde; le choc précordial devient presque imperceptible; le pouls est fili-forme, les extrémités sont froides et cyanosées, le facies est terne, grippé; les yeux sont excavés, les lèvres et les pommettes bleuâtres; le nez est froid, le regard fixe; une sueur froide baigne les tempes. La voix est cassée, les mouvements sont lents, la température centrale est abaissée. Passager le collapsus dure quelques heures; lorsqu'il se renouvelle, il mène fatalement à l'asphyxie. Quoique appartenant à la phase d'état, on l'a pourtant vu causer la mort dès la première semaine.

L'engouement pulmonaire, la pneumonie hypostatique, l'œdème pulmonaire, l'œdème des membres inférieurs (par stase veineuse générale), la thrombose cardiaque, dérivent indirectement de la myocardite. Elle complique surtout la fièvre typhoïde grave hyperpyrétique; on peut pourtant l'observer dans des cas en apparence bénins.

**Veines.** — La *phlébite typhoïdique* n'est pas très rare; unilatérale (à

gauche) plutôt que bilatérale, elle frappe la crurale, plus rarement la saphène interne et la poplitée. Elle se déclare 8 à 15 jours après la défervescence, quelquefois avec des accidents pyémiques diversement localisés (Vaquez). Le début en est brusque, marqué par de vives douleurs, une ascension thermique prononcée, un œdème souvent légèrement rosé. Généralement simple, la phlegmatia guérit en 2 ou 3 semaines, soit complètement, soit au prix de lésions définitives : varices, œdème, pachydermie. Elle provoque exceptionnellement la gangrène humide, des embolies pulmonaires ou cardiaques.

**Artères.** — Les artères peuvent être, chez les typhiques, le siège d'oblitérations emboliques ou thrombotiques par *artérite*.

Les *embolies* (par thrombose cardiaque), généralement multiples, ne sont pas toujours diagnostiquées cliniquement.

L'*artérite typhoïdique*, susceptible de frapper n'importe quelle partie du système artériel, domine un certain nombre de complications (*myocardite*, *myosite*, etc.); en clinique, l'*aortite* et l'*artérite des membres* en sont l'expression la plus frappante.

L'*artérite des membres*, souvent oblitérante, frappe le plus souvent les artères des membres inférieurs, du côté droit surtout. La *tibiale postérieure* en est le siège de choix. Cette complication appartient aux formes graves, mais n'épargne pas les formes moyennes et légères. Accident tardif, l'artérite éclate vers la 3<sup>e</sup> semaine, ou plus tard, pendant la convalescence. Elle débute par une vive *douleur* subite qui tantôt suit le trajet des artères du membre, tantôt occupe le mollet, le creux poplité, le triangle de Scarpa, ou le membre entier; douleur qu'exaspèrent la pression, la station debout, les mouvements et la marche. Les *battements artériels* sont très réduits ou disparaissent dans le membre atteint. Celui-ci, bientôt froid et gonflé, est sillonné de marbrures violacées, parsemé de plaques cyaniques ou purpuriques; l'artère principale n'est plus qu'un cordon dur et douloureux. Ce processus aboutit à la *gangrène sèche*, tantôt limitée au pied, tantôt étendue à la jambe et même à la cuisse (en ce cas, presque toujours mortelle). Dans les cas favorables, la guérison succède à l'élimination des parties mortifiées. L'artérite reste parfois *pariétale*, comportant alors des signes d'ischémie atténuée : douleurs modérées, simple diminution des pulsations artérielles, gonflement du membre sans œdème, plaques violacées, sans marbrures ni rougeurs; guérison complète.

Bien plus rare, l'*artérite du membre supérieur* a pourtant été observée.

L'*aortite typhique* (Landouzy et Siredey, Bureau) est un type d'aortite aiguë. Souvent dépourvue de signes fonctionnels, elle n'est reconnue qu'à ses signes physiques (voy. *Aortites*).

**Sang.** — Peu modifié pendant la maladie, le *chiffre des hématies* baisse notablement lors de la défervescence, pour remonter avec la convalescence. L'*hémoglobine*, un peu diminuée (92 pour 100), perd une certaine part de son pouvoir absorbant pour l'oxygène.

Le *chiffre des leucocytes* subit, durant toute la période fébrile, une légère plus-value (Courmont et Barbaroux, Stiénon). Pendant la *première semaine*, les *polynucléaires augmentent* (80 à 90 pour 100) aux dépens des lymphocytes

et des grands mononucléaires; les *éosinophiles disparaissent presque absolument*. Durant les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> semaines, le taux des polynucléaires baisse, celui des grands mononucléaires, puis des lymphocytes, croît de façon à atteindre (pour ces 2 formes) 50 pour 100 lors de la défervescence. Le début de la convalescence est marqué par la réapparition des *éosinophiles* (Stiénon, Chantemesse et Millet, Courmont et Barbaroux). Les complications par infection secondaire comportent une polynucléose constante; celles qui relèvent du bacille d'Eberth n'ont cet effet que si elles se déclarent lors de la convalescence (Launois et Løper).

Le *plasma*, chargé de matières extractives, est appauvri en *fibrine*.

Le *sérum des typhiques* possède dès le 7<sup>e</sup> ou 8<sup>e</sup> jour, et garde, parfois longtemps après la guérison, la propriété d'agglutiner en amas les bacilles d'Eberth d'une culture de 1 à 2 jours (voy. *Examen du sang, séro-diagnostic*). D'autres humeurs (sérosité des vésicatoires, des pleurésies, de l'ascite; lait, urines, etc.) réagissent, à cet égard, comme le sérum. On verra quel parti en peut tirer le diagnostic.

**Pouls.** — Le *pouls* offre, dans la fièvre typhoïde, une haute valeur diagnostique et pronostique.

1<sup>o</sup> *Fréquence.* — Accélééré dès la première semaine, le pouls reste tel pendant la phase d'état et se ralentit durant celle de déclin, gardant un parallélisme relatif avec la courbe thermique. Cette accélération est proportionnellement supérieure chez la femme et l'enfant.

Le pouls varie en mainte occasion. Plus vif le soir (20 à 50 pulsations de plus), il est accéléré par les complications pulmonaires et les hémorragies intestinales. Sa rapidité croît avec la gravité des cas (160 pulsations chez l'adulte; 180, 200 chez l'enfant); elle est très prononcée en cas de myocardite.

Il arrive aussi que le pouls soit ralenti (temporairement ou non) ou reste normal. Le parallélisme entre les courbes du pouls et de la température est souvent détruit, et l'on en peut tirer des conclusions pronostiques.

Un pouls irrégulier, arythmique, faible, dépressible, trahit généralement la myocardite. Cependant, les intermittences du début de la convalescence peuvent ne rien signifier de grave.

Ample, fort et résistant au début, le pouls devient bientôt dépressible, puis *dicrote* à la période d'état (constant), tout en restant intense et régulier. Le dicrotisme ou même le polycrotisme sont du reste possibles au début et au déclin. La *tension artérielle* est toujours faible.

2<sup>o</sup> *Valeur pronostique.* — Quand le pouls bat constamment 120, le cas est sérieux; le danger augmente s'il bat 140. Malgré l'hyperthermie, si le pouls ne passe pas 110, le pronostic reste bon. L'élévation parallèle de la température et du pouls est fâcheuse. Une température modérée (39° 5) avec un pouls très rapide (120 et plus) doit faire redouter une issue fatale. Très fâcheuses, la petitesse et les irrégularités du pouls indiquent une altération du myocarde.

**Troubles nerveux.** — *État typhoïde.* — Il est caractérisé par la

prostration, la stupeur et la somnolence, alternant avec l'insomnie et le délire; le tremblement, la carphologie, les soubresauts musculaires en font habituellement partie.

**Prostration.** — Souvent affaibli et inerte dès les premiers jours, le corps du typhique le devient surtout du 10<sup>e</sup> au 19<sup>e</sup> jour; d'autant plus que le cas est plus sévère; quand la prostration est profonde, il y a perte involontaire des urines et des fèces.

**Stupeur.** — Au moindre degré, elle se réduit à un simple engourdissement psychique dissipé par une interpellation à haute voix; à un degré plus marqué, le sujet est profondément indifférent à tout ce qui l'entoure; au plus haut degré, le malade, plongé dans une hébétude absolue, est inconscient, complètement apathique. La pâleur du visage, la sécheresse et la fuliginosité des lèvres et de la bouche (par respiration buccale) complètent le *facies typhoïdique*.

**Somnolence.** — Presque constante vers la 2<sup>e</sup> semaine, elle existe, dans les cas sévères, dès les premiers jours et progresse rapidement jusqu'à la mort. Elle ne dure que 8 jours dans les cas moyens. Profonde, médiocre ou légère, elle alterne parfois avec le délire.

**Insomnie.** — Habituelle les 8 ou 10 premiers jours, l'insomnie fait, plus tard, place à la somnolence.

**Délire.** — Signe de premier ordre, le délire se montre soit à la *période d'état*, soit durant la *convalescence*.

**Période d'état.** — Observé une fois sur trois, il débute du 7<sup>e</sup> au 10<sup>e</sup> jour.

Le *délire précoce*, déjà fébrile, peut être pris pour de la manie aiguë. *Au cours de la maladie*, le délire débute le soir, par quelques paroles décousues et dure toute la nuit; il peut être également *diurne*; susceptible du reste de revêtir les formes les plus diverses, tantôt tranquille, tantôt actif et continu; quelquefois furieux, avec cris, injures, actes, comme dans le *délirium tremens*. En quelques cas, le délire tourne autour d'une seule idée. Ailleurs, il est mélancolique, anxieux, terrifiant, mêlé d'hallucinations effrayantes. La *durée* en est variable: elle peut se prolonger jusqu'à la fin dans les cas mortels, est limitée à 6 jours en moyenne dans les cas graves curables, bien plus courte dans les cas légers dont le délire suit les oscillations thermiques.

**Convalescence.** — Le délire de la convalescence frappe presque toujours des malades ayant déjà déliré à la période d'état; il revêt 3 formes.

1<sup>o</sup> *L'intelligence* seule est *troublée* par *éclipse* totale ou partielle d'une *faculté* (mémoire); lacune difficilement réparable après 30 à 40 ans.

2<sup>o</sup> Il existe un *vrai délire*, passager, de forme variable (délire ambitieux) quelquefois conscient.

3<sup>o</sup> Il survient des *troubles vésaniques* persistants, de la *folie chronique* (idiotisme, imbécillité, démence, mélancolie).

**Tremblement, soubresauts des tendons.** — Ces troubles sont fréquents, à l'apogée des accidents nerveux. Le tremblement des mains rappelle celui des alcooliques; la langue est animée de tremblement fibrillaire; les *soubresauts des tendons* sont visibles, et surtout perceptibles à la main qui saisit le poignet. La *carphologie* consiste en mouvements automatiques semblant,