

durant des heures, chercher à saisir, en l'air ou dans les couvertures, de menus objets imaginaires. Certains malades rejettent sans cesse les couvertures, portent les mains aux parties génitales ou cherchent à se lever.

Complications méningées. — Assez fréquemment se déclarent, au cours, ou même dès le début de la fièvre typhoïde, surtout chez les enfants, des *signes d'irritation méningée* : céphalée, rachialgie, constipation, vomissements, raideur de la nuque, contractures, convulsions, paralysies (oculaires ou des membres), bradycardie, etc. ; irritation méningée confirmée par l'apparition du *signe de Kernig* (Netter). Quelle que soit son issue (mort ou guérison), la complication ne dure que peu de jours, mais appartient plutôt aux formes graves de la maladie. Le *liquide extrait par ponction lombaire*, dans ces cas, tantôt est normal (méningisme), tantôt offre une légère *lymphocytose*, tantôt enfin présente une *polynucléose* évidente⁽¹⁾. La recherche de ces caractères permet d'apprécier, sur le vivant, l'état anatomique des méninges.

Troubles moteurs. — Dans les cas graves, existe souvent une *rigidité spasmodique* du cou, du tronc, des extrémités et des membres. Les convalescents sont sujets à la *tétanie*. Les *convulsions cloniques* généralisées sont rares, toujours graves.

Les *paralysies typhoïdiques*, observées surtout pendant la convalescence, sont peu communes.

Exceptionnelle, l'*hémiplégie* est transitoire, incomplète, associée à l'hypoesthésie et à la diminution de la contractilité faradique.

Plus commune, la *paraplégie* n'est qu'une parésie des membres inférieurs rendant la station debout impossible, mais respectant en général les mouvements au lit. L'*atrophie musculaire* y est fréquente, et les troubles sensitifs sont assez étendus : fourmillements, picotements, engourdissements, puis anesthésie limitée ou non aux parties paralysées. Les troubles vésico-rectaux sont communs. On constate, pendant un certain temps, des troubles de la contractilité électrique. En général la paraplégie ne dure que quelques semaines et se dissipe peu à peu.

Paralysies multiples ou généralisées. — Comme la diphtérie, la fièvre typhoïde peut être suivie de *paralysies diffuses*, intéressant parfois la sensibilité générale et spéciale (surdité, cécité) ; quand s'y joignent des troubles psychiques, il en résulte un syndrome de *pseudo-paralysie générale*. Ces cas sont souvent rapidement curables. Il en est pourtant qui suivent la marche ascendante aiguë du *syndrome de Landry* (exceptionnel).

Les *paralysies circonscrites* (Pitres et Vaillard) frappant un membre monoplégie), un segment de membre ou un nerf, ne sont pas rares chez les typhiques convalescents. D'abord apparaissent de vives douleurs, lancinantes ou fulgurantes le long des nerfs, remplacées bientôt par de l'engourdissement et des fourmillements ; puis les muscles innervés perdent, avec leur force, leurs réactions électriques normales ; finalement, la paralysie peut devenir complète. Elle ne comporte aucun trouble cérébro-spinal mais implique une *atrophie musculaire* rapide et considérable. Au membre supérieur, c'est le

(1) ACHARD et POISSEAU, *Soc. méd. des hôp.*, 15 avril 1904.

plexus brachial, spécialement le nerf cubital, qui est le plus atteint ; aux membres inférieurs, la paralysie frappe le musculo-cutané, le saphène ou le péronier.

Ces paralysies guérissent habituellement, souvent avec rapidité. Rarement l'atrophie musculaire ou la déformation créent des infirmités incurables.

L'*aphasie* ou certains troubles du langage, encore mal classés, peuvent succéder à la fièvre typhoïde sous deux formes principales : 1° aphasie associée à une paralysie cérébrale ou liée à une lésion en foyer ; 2° aphasie isolée, transitoire, observée dans l'enfance, curable en 3 semaines environ, peut être imputable à un trouble circulatoire passager.

Chez les typhiques, les *réflexes tendineux* sont plutôt exagérés.

Troubles sensitifs. — La *sensibilité générale* des typhiques est exaltée ou abolie. Les *muqueuses* (conjonctives, larynx, pharynx) peuvent présenter une *anesthésie* partielle ou complète. Le tégument peut également devenir le siège d'anesthésies circonscrites.

Douleurs. — La *courbature*, endolorissement du rachis, des cuisses, des jambes, de la nuque, n'est pas rare dans la fièvre typhoïde. Par exception, la *rachialgie* peut être intense. Quand les douleurs sont spécialement articulaires (*arthro-typhus* de A. Robin et Leredde), on peut croire à un rhumatisme aigu. Certaines formes graves comportent une *épigastralgie* angoissante, comme celle de la variole. Le *mal de tête* et le *vertige* sont très précoces ; le premier, continu ou paroxystique, est frontal, occipital ou diffus, accompagné d'hyperesthésie du cuir chevelu, de pesanteur et d'accablement. Le vertige, très commun, est souvent très pénible.

Troubles oculaires. — Au début, les malades accusent des *éblouissements*, un peu de *photophobie*. L'état typhoïde comporte la *sécheresse* et la *rougeur des conjonctives*, la chassie des paupières, l'état pulvérulent des cils.

Les *pupilles* sont fréquemment *dilatées* (contraire dans le typhus) rarement *inégaies* (en cas de localisation méningée).

L'*irido-choroïdite*, la *chorio-rétinite*, la phlébite ophtalmique avec *phlegmon de l'œil*, le *phlegmon de l'orbite*, sont des complications rares.

Troubles auriculaires. — Les *bourdonnements*, les *tintements* d'oreille, à timbre élevé, s'observent dans les premiers jours de la maladie. Fréquente, la *surdité* est passagère, subordonnée aux oscillations de la courbe thermique. L'*otite moyenne*, habituellement suppurée, est commune, aux périodes d'état, de déclin ou de convalescence. La réparation consécutive est souvent complète. Quand la suppuration dure, la *surdité* succède à la destruction du tympan, suivie de l'élimination des osselets.

Foie et voies biliaires. — Quoique la fièvre typhoïde soit une cause de lésions hépatiques profondes et variées, celles-ci n'ont pas d'expression clinique bien nette.

Les altérations de la bile communiquent aux fèces une couleur gris jaunâtre ou ocre jaune et une fétidité spéciale.

L'*urobilinurie*, nulle dans les cas légers, est d'autant plus forte et persistante que le cas est plus grave.

Le taux de l'urée subit des variations étudiées au sujet des urines.

Fort rare, l'ictère reconnaît des causes variables : *colique hépatique* intercurrente, *angiocholite* légère, cause d'ictère précoce bénin; *suppurations hépatiques*, cause exceptionnelle d'ictère; *ictère infectieux* à allures graves (frissons, foie douloureux, rate grosse, selles très bilieuses, délire, convulsions), éclatant à des périodes variables et généralement mortel.

Les *angiocholite* et *cholécystite typhiques* restent généralement latentes, à moins de perforation suivie de péritonite. L'*angiocholite des gros canaux* peut se traduire par une tumeur piriforme mobile, sensible, occupant le bord du foie. Quand la *péritonite* est circonscrite, elle détermine, outre les vomissements et le faciès dit *péritonéal*, des douleurs dans l'hypocondre droit et un empatement ou une tumeur extrêmement sensible à la pression. La *péritonite généralisée* par perforation des voies biliaires ne diffère pas de celle qui succède à la perforation intestinale; les signes en sont très obscurs, chez les malades plongés dans l'adynamie. Localisée ou généralisée, la péritonite est presque constamment mortelle.

Péritoine. — Outre les péritonites secondaires aux lésions : du foie, de la rate, de la vésicule, des ganglions mésentériques, des parois vésicales ou ovariennes, des muscles droits de l'abdomen (myosite suppurée), on peut observer, à la fin de la seconde semaine, une péritonite grave, prenant généralement naissance autour du gros intestin, au niveau d'ulcérations confluentes profondes, mais non perforantes. En d'autres cas, la péritonite, éclatée tardivement, reconnaît pour origine une *appendicite paratyphoïde* (Dieulafoy).

Voies urinaires. — Rein. — L'*albuminurie* est fréquente chez les typhiques, constante pour certains auteurs. Elle paraît d'habitude pendant la deuxième semaine, parfois dès la première. Généralement passagère dans les cas moyens, elle est souvent d'autant plus intense, précoce et durable, que la maladie est plus grave. Sa valeur pronostique varie du reste avec les cas. Sa disparition lors de la défervescence est la règle; sa persistance (rare) indique une lésion rénale définitive.

Réduite, l'urine albumineuse dépose des éléments divers : épithélium rénal, hématies (venant du rein, du bassin ou de la vessie), cylindres (fibrineux ou granulo-graisseux). L'œdème, l'anasarque et les accidents urémiques sont cependant assez rares dans la fièvre typhoïde.

On a décrit (Gubler, A. Robin) une *forme rénale de la fièvre typhoïde* caractérisée par une diarrhée modérée, un teint pâle et terreux, l'intensité de la torpeur et de l'adynamie, des douleurs lombaires, des épistaxis abondantes, de la dyspnée, des accidents cérébraux précoces, une hyperthermie faisant aisément place à l'hypothermie; un état très grave. Ce type se présente rarement avec une pareille netteté.

Vessie. — En clinique, on note surtout : l'incontinence d'urine, la rétention avec ou sans regorgement, signes propres aux formes ataxo-adiynamiques, mais notés aussi dans les formes moyennes.

Syndrome urinaire. — A la période d'état, les urines, réduites de volume,

très acides et très denses (1025-1050) ont une teinte *bouillon de bœuf*, avec des reflets verts, rouges ou bruns.

A la phase de déclin, plus abondantes, elles deviennent plus pâles et limpides, moins denses (1019-1017, 1005-1005), moins acides ou même alcalines.

Élevé pendant la première semaine (28-57, 62 grammes et plus), le *taux de l'urée* fléchit pendant la période d'état, tout en dépassant la normale, puis baisse durant la convalescence, au point de rester quelques jours inférieur à la normale.

L'*acide urique*, toujours accru par la fièvre (7^{sr}, 5 dans un cas), diminue avec elle et peut tomber au-dessous de la moyenne, lors de la convalescence.

Les *chlorures*, pendant la phase fébrile, peuvent être réduits à des traces. Ils subissent lors de la défervescence un accroissement considérable brusque ou progressif (Laubry).

Les *principes extractifs* (leucine, tyrosine, créatine, etc.) sont d'autant plus abondants que le cas est plus grave.

Dans les *cas bénins*, l'urine est abondante, couleur bouillon de bœuf, très dense, riche en principes fixes, en urée et en acide urique, pauvre en albumine et en indican (A. Robin).

Dans les *cas graves* et mortels, l'urine, rare (moins de 800 grammes), relativement peu dense (moins de 1020), offre des reflets rouge verdâtre, contient peu d'urée (moins de 15 grammes) et de matériaux solides (moins de 40 grammes), beaucoup d'albumine et d'indican.

Glandes. — La *parotidite*, habituellement suppurée, survient quelquefois au déclin ou pendant la convalescence des fièvres typhoïdes sévères; grave, elle entraîne souvent le sphacèle et des fusées purulentes étendues. Plus rare, la *thyroïdite* survient dans des conditions analogues.

L'*orchite typhique*, unilatérale, frappant plus le testicule que l'épididyme, se déclare brusquement, durant la convalescence, par de la fièvre et de la douleur. Elle dure 12 jours environ; 1 mois ou un 1 mois 1/2 si elle suppure. L'atrophie consécutive est exceptionnelle.

Appareil locomoteur. — **Muscles.** — Les lésions des muscles (*myosites*), communes dans la fièvre typhoïde, comportent une *fragilité* spéciale qui favorise les *ruptures*, celles-ci souvent suivies de *foyers hémorragiques* intramusculaires, sujets à suppurer. Le siège d'élection des ruptures est le *tiers inférieur du muscle grand droit de l'abdomen*; elles sont plus rares sur le *psaos*, les *muscles de la jambe*, les *pectoraux*, le *biceps*, etc. Moins communes que les ruptures, les hémorragies occupent les mêmes muscles. Les abcès sont, eux-mêmes, plus rares qu'elles.

Straus voyait dans la *courbature*, la *faiblesse* et l'*état trémulent des muscles* l'expression clinique de la myosite.

Causées par le moindre effort (toux, défécation, etc.), le moindre mouvement, les ruptures musculaires, tantôt passent inaperçues, tantôt éveillent une vive douleur subite. Les mouvements sont gênés; la région est un peu tuméfiée et sensible, à la pression surtout.

Les *hémorragies musculaires* déterminent l'apparition d'une tumeur molle, fluctuante; la peau qui la recouvre, d'abord normale, prend plus tard parfois une teinte ecchymotique. En cas de *suppuration*, la tumeur durcit, rougit, et la fièvre s'allume.

Os. — La croissance des os subit, grâce à la fièvre typhoïde, une poussée exagérée dont témoigne l'apparition, sur la peau des membres, de *vergetures de croissance*. Les typhiques jeunes (enfance ou avant 25 ans) sont également exposés à l'éclosion (lors de la convalescence surtout) d'une *ostéo-périostite* (à bacilles d'Eberth) frappant le plus souvent les *tibias*; plus rarement les *côtes*, le *sternum*, les os courts. Atteignant plutôt les sujets débiles, lymphatiques, à croissance rapide, sans cause extérieure apparente, ou à propos d'un traumatisme, elle comporte souvent des foyers multiples et symétriques. On en distingue *plusieurs formes* (Hutinel) :

1° La *périostite circonscrite*, apyrétique, bénigne, la plus commune.

2° La *périostite suppurée circonscrite*, fébrile, comportant une tuméfaction limitée de l'os et une voussure extérieure indiquant la présence d'un *abcès sous-périoste* dont l'ouverture donne issue à du pus. Moins fréquente, cette forme peut se prolonger des mois, laisse parfois des séquestres et des trajets fistuleux et ne guérit qu'au prix d'une intervention chirurgicale.

3° Une *forme chronique*, à début lent, sorte de périostose, occasionne une tuméfaction et une déformation locale de l'os.

Articulations. — En cas de *pyémie*, les typhiques sont exposés à des *pyarthroses* qui n'ont rien de spécial. La fièvre typhoïde entraîne en outre, par elle-même, des *arthropathies*. Une *polyarthrite* simulant le rhumatisme peut éclater d'une façon précoce (*arthro-typhus* de A. Robin et Leredde). Une *mono-arthrite*, plus spécifique, frappant plus particulièrement la hanche ou le genou, se traduit par du gonflement, de l'empatement et de la douleur; elle guérit souvent, mais parfois au prix d'une *ankylose* ou d'une *luxation spontanée*.

Accidents génitaux (femme). — On peut observer : l'*hématocèle* (rétro ou péri-utérine); le *gonflement* inflammatoire des *grandes lèvres*, pendant la convalescence; l'œdème gangreneux de la vulve ou l'*abcès gangreneux* de la glande vulvo-vaginale; la *gangrène partielle ou totale de la vulve*, pouvant gagner la cloison recto-vaginale et même le corps de l'utérus. Généralement latentes, ces nécroses ne sont découvertes que grâce à un examen méthodique; elles peuvent rester bénignes; pourtant, la gangrène profonde est très grave et la gangrène vulvo-vaginale peut laisser des traces irréparables : *fistules recto-vaginales, sténose et atrésie du vagin*.

Tégument et hypoderme. — Le contact du tégument procure une sensation soit de chaleur ardente mordicante (phase hyperthermique), soit de froid (algidité, collapsus, phase agonique). Généralement sèche, la peau devient moite, lors des rémissions diurnes et au déclin de la maladie.

Les *taches rosées lenticulaires*, seul symptôme cutané spécifique, observées au moins 4 fois sur 5, sont moins constantes chez les femmes et

après 50 ans; absentes surtout dans les formes bénignes ou abortives. Elles siègent de préférence : à la face antérieure de la poitrine, sur le dos et le ventre, rarement sur les membres, très exceptionnellement sur la face. En cas d'éruption limitée, c'est sur le dos, le ventre et la poitrine qu'on doit les chercher. Leur nombre moyen est de 20 à 50 (5 à 12, 100 et plus). Les taches rosées se voient mieux sur les sujets jeunes ou adultes à peau fine, que chez l'enfant et le vieillard. L'élément consiste en une *macule* arrondie, rose ou rouge, de 3 à 4 millimètres au plus de diamètre, à contour net, jamais ecchymotique. Souvent sans nul relief, celle-ci forme ailleurs une élévation légère, rarement une *papule*; elle disparaît momentanément sous la pression du doigt ou par tension de la peau entre deux doigts. Chaque tache dure 3 à 5 jours, puis s'efface sans laisser de trace ou pour faire place à une macule cuivrée. Dans les rares cas où l'éruption est abondante, on peut noter une légère *desquamation*. Les taches rosées se montrent à la *fin de la première semaine* ou au *début de la seconde*; du 6^e au 9^e jour, en moyenne, souvent par poussées successives. L'éruption dure environ 5 à 15 jours. Les *taches rosées* présentent, dans la fièvre typhoïde, une *valeur diagnostique presque absolue*; on en a signalé dans la granulie, mais l'évolution et les caractères objectifs n'en sont pas identiques. La roséole typhique ne paraît pas offrir de valeur pronostique.

Dermatoses toxiques et infectieuses secondaires. — Le *purpura* n'est grave que dans la *forme hémorragique*. On peut encore observer des *érythèmes toxi-infectieux* du type polymorphe, d'origines variables. Les *sudamina* ne sont pas rares, en leurs sièges d'élection (thorax, aisselles, abdomen). L'*ecthyma*, superficiel ou profond, auto-inoculable, suivi de cicatrices, peut s'observer pendant la phase d'état ou de déclin de la maladie.

Les *furuncles*, les *abcès sous-cutanés* et *profonds* sont des complications fréquentes, tantôt *isolés*, par infection locale, insidieusement éclos la 1^{re} ou la 2^e semaine, en des points soumis à de fortes pressions (fesses, mollets, cuisses, lombes), susceptibles de s'étendre, d'entraîner des hémorragies ou des pertes de substance; tantôt *multiples*, lésions tardives, propres aux formes graves, déterminant de larges décollements, associés à des suppurations viscérales et articulaires et liés, comme celles-ci, à une *pyohémie secondaire*, presque toujours mortelle.

Il arrive aussi pourtant, en certains cas, que des furuncles ou de petits abcès sous-cutanés se succèdent longtemps durant la convalescence, sans que le pronostic en soit assombri.

Des *escarres* cutanées multiples surviennent aussi, assez souvent : au pavillon de l'oreille, aux orteils; mais surtout aux points de pression : sacrum, ischion, coude, talons, omoplate, occiput. Elles deviennent actuellement plus rares, grâce à l'asepsie et à la balnéation. Succédant à une plaque érythémateuse, à une éruption bulleuse ou pustuleuse, à une ecchymose, les escarres, tantôt, restent superficielles, tantôt provoquent de vastes décollements et creusent jusqu'aux aponévroses ou même au périoste, devenant l'origine de *méningo-myélite* (par irruption du pus dans le canal rachidien), *d'embolies gangreneuses*, *d'érysipèle*, etc.

Cycle thermique. — Frissons. — Les frissons généralement petits et répétés, manquent souvent. A la période d'état, ils annoncent fréquemment une complication : pneumonie, érysipèle ou perforation; à la phase de déclin, les frissons périodiques peuvent dénoncer une suppuration locale ou la pyohémie. Isolé, un frisson peut tenir à un écart de régime ou à une émotion. Pendant la convalescence, le frisson peut présager une rechute.

Courbe thermique. — La marche générale de la fièvre a été étudiée au chapitre *thermométrie clinique*; nous n'indiquerons ici que quelques anomalies. La défervescence brusque, propre aux *fièvres typhoïdes abortives*, s'observe aussi dans des cas ayant duré 5, 5 ou 6 semaines. Les complications intercurrentes peuvent modifier plus ou moins le tracé. Dans le type inverse les maxima thermiques sont matinaux au lieu d'être vespéraux, mais jamais d'une façon constante. Le type intermittent, surtout initial, parfois tardif, comporte des accès à type quotidien, tierce ou quarte, et appartient aux régions d'endémie palustre, sans dépendre pour cela directement du paludisme. Dans les formes ataxiques, l'irrégularité thermique est absolue.

Hypothermie et Hyperthermie. — Plusieurs accidents abaissent la température : les hémorragies intestinales (de 1° à 3°) ou nasales (1° à 1°,5), l'avortement; mais momentanément, car elle remonte en général brusquement. La diarrhée profuse, les escarres, la gangrène pulmonaire, la septicémie, sont également des causes d'hypothermie. Surélèvent au contraire la température : la pneumonie, l'érysipèle, la pleurésie, la péricardite, la péritonite par perforation, les suppurations (fièvre à grandes oscillations), la fatigue, les écarts de régime.

L'hyperthermie a une signification moins grave chez l'enfant que chez l'adulte. Après quarante ans, la température, relativement moins haute, dépasse rarement 40° le soir; le stade amphibole est habituel, le stade de déclin, traînant.

Troubles de la nutrition. — Le sujet ne semble commencer à maigrir qu'à la période de réparation des lésions intestinales, ou pendant la convalescence. En réalité, la perte de poids maxima répond à la fin de la deuxième semaine, et au début de la troisième; la perte moyenne, par jour, s'élève à 500 grammes. Le poids se relève en cours de convalescence, parfois très vite (environ 2 kilogrammes par semaine).

Chez les sujets en âge de croissance, la taille peut augmenter assez rapidement pour que des vergetures se produisent sur le tronc et sur les membres.

Évolution générale de la fièvre typhoïde. — 1° *Fièvre typhoïde régulière.* — On peut lui distinguer : une période d'invasion ou de début; une période d'état et une période de défervescence. L'invasion succède à une phase d'incubation silencieuse qui dure quinze jours environ.

a. **Invasion.** — En général graduel, le début est marqué par : du mal de tête, de l'abattement, des vertiges, des éblouissements, des bourdonnements d'oreille, de la rachialgie et des épistaxis. Le ventre est ballonné, la fosse iliaque droite, quelquefois sensible à la pression, présente des gargouille-

ments sous la main; la constipation est habituelle; la rate est grosse. La toux est fréquente et l'auscultation constate quelques râles vibrants disséminés. L'insomnie est presque constante; la température commence à s'élever; le pouls, ample et dicrote, bat 100 et plus; enfin l'apparition des taches rosées met fin à cette période qui dure, en moyenne, 4 à 7 jours.

b. **État.** — Cette phase est caractérisée par le tracé thermique en plateau et par l'établissement et l'accentuation de l'état typhoïde. Prostré et délirant, le sujet, la langue sèche et les lèvres fuligineuses, présente de la carphologie. Le météorisme augmente, la vessie est paresseuse; la peau brûlante et sèche est semée de taches rosées lenticulaires. Il en va ainsi pendant 7 à 15 jours et plus.

c. **Défervescence.** — Commencée à la fin de la 2° ou de la 5° semaine, elle revêt deux formes principales : 1° *défervescence brusque* (rare) s'opérant en 24 ou 48 heures, tandis que la langue se nettoie et que la convalescence s'affirme d'emblée; 2° *défervescence lente*, graduelle, comportant parfois une crise polyurique; marquée par : le retour de la conscience, de l'ouïe, du sommeil, de l'appétit, la moiteur de la peau et l'humidité de la langue.

Durée totale. — Elle s'élève, en moyenne, à 24 jours (minimum 21 jours; maximum 6 semaines).

Formes cliniques. — On distingue théoriquement un certain nombre de formes cliniques déterminées : soit par la prédominance d'un symptôme, soit par la gravité ou la bénignité, soit par la durée abrégée ou excessive, soit encore par les modes de début.

Prédominances symptomatiques. — La forme inflammatoire n'est différenciée qu'à son début, par : le facies vultueux, le pouls plein, l'hyperthermie précoce, la soif vive, les urines hautes en couleur.

La forme bilieuse ou gastrique se distingue par la prédominance initiale des signes d'embarras gastrique : bouche amère, langue jaunâtre, nausées, vomissements, subictère.

Dans la forme muqueuse, la langue est blanche et pâteuse, les selles sont glaireuses; plusieurs muqueuses sont le siège de catarrhe.

La fièvre typhoïde hémorragique a pour caractéristique, des hémorragies par diverses voies; souvent associée à la pyohémie, elle frappe, dans certaines épidémies, les sujets débilités ou déjà malades. Surtout précoces (forme putride hémorragique), les hémorragies surviennent d'autres fois à la phase d'état ou de déclin. Elles peuvent être : cutanées (pétéchies), nasales, gingivales, intestinales, rénales (hématuries), séreuses (hématothorax, hémopéricarde), utérines, méningées, pulmonaires, sous-cutanées et intra-musculaires. Grave, l'état général comporte alors : l'hypothermie, l'adynamie avec fuliginosités épaisses, et l'asthénie cardiaque. Habituelle, la mort est précoce ou peut ne survenir qu'au bout de trois semaines.

Formes selon le pronostic. — La forme ataxo-adyamique ou hyperpyrétique, très grave, est caractérisée par les traits principaux suivants : prostration extrême, hébétude de la face, langue fuligineuse, selles fétides,

escarres fréquentes (*signes adynamiques*); délire, carphologie, soubresauts des tendons; quelquefois convulsions, perversion des sens, rigidité musculaire (*signes ataxiques*). Ataxie et adynamie coïncident presque toujours; l'*hyperthermie* ($40^{\circ}, 5-41^{\circ}, 5$), la *parésie cardiaque* et l'*hypostase pulmonaire* sont constantes. La gravité est extrême; certains cas foudroyants, débutant brusquement par un mal de tête atroce, du délire et de la fièvre, tuent en quelques jours.

Forme latente ambulatoire. — Ces cas permettent au malade de se lever et d'aller à ses affaires; il accuse seulement du mal de tête, de la diarrhée et de l'insomnie; la fièvre manque ou est très marquée; on peut constater des taches rosées et de la spléno-mégalie. La guérison survient parfois, sans incident; il arrive aussi que le syndrome classique se déclare après douze ou quatorze jours; ailleurs éclate inopinément un accident grave: hémorragie, perforation intestinale, pneumonie, endocardite ou hémorragie cérébrale.

Fébricule typhoïde. Synoque ou embarras gastrique fébrile. — Brusque, le début se fait alors par un frisson, une fièvre d'emblée élevée, du mal de tête, des vertiges; la langue est très chargée, la constipation habituelle, l'anorexie absolue, les urines sont rares. En 5, 7 ou 12 jours au plus, tout se dissipe. L'embarras gastrique des auteurs n'est souvent du reste qu'une fièvre typhoïde légère.

Fièvre typhoïde apyrétique. — Tout se borne à un état de malaise vague, sans fièvre.

Formes selon la marche. — **Fièvre typhoïde abortive ou typhus levissimus.** — Cette forme, qui guérit toujours et est plus commune dans l'enfance, dure 7 à 16 jours ou même 4 à 6. L'invasion en est rapide, parfois accompagnée de frissons répétés; inconstantes, les *taches rosées* sont plus précoces (4^e jour); la *rate* est grosse, la température atteint $40^{\circ}, 40^{\circ}, 5$; l'albuminurie, les hémorragies intestinales sont possibles; les autres signes sont ceux de la forme régulière. La *déferescence* est souvent assez brusque, quelquefois marquée par des *phénomènes critiques* (sueurs ou polyurie).

Letulle distingue, à cette forme, trois variétés: 1^o forme à début sévère, avortant brusquement; 2^o forme grave s'amendant inopinément; 3^o forme bénigne d'emblée, avec convalescence précoce. La fièvre typhoïde abortive ne met pas à l'abri des accidents de convalescence et est plus sujette que d'autres aux *rechutes*.

Fièvre typhoïde prolongée trainante ou à recrudescences. — Cette forme se prolonge 70 à 90 jours, par allongement soit de la première ou de la troisième période, soit plus souvent du stade d'état ou du stade amphibole. Le type à recrudescences comporte des rémissions incomplètes, sans apyrexie.

Formes à début spécial. — **Pneumo-typhus.** — Ce type débute par une pneumonie qui tantôt reste, jusqu'à la fin, au premier plan, tantôt est associée, dès le début, à des signes de fièvre typhoïde, tantôt ne laisse deviner celle-ci, qu'à son déclin. La nature de cette pneumonie est encore discutée.

Pleuro-typhoïde. — La maladie commence comme une pleurésie, puis, au bout de 8 à 9 jours, la fièvre typhoïde se démasque.

On décrit: une *broncho-typhoïde*, caractérisée par l'intensité de la bronchite initiale; un *arthro-typhus* débutant comme un rhumatisme aigu, et même un *myélo-typhus* commençant par de la paraplégie.

Formes selon l'âge. — **Enfance.** — Exceptionnelle avant 2 ans, la fièvre typhoïde infantile s'observe principalement de 5 à 14 ans, un peu plus chez les garçons que les filles. Le début en est lent et insidieux, quelquefois pourtant brusque. La *fièvre*, dans les formes légères, est nettement rémittente; elle oscille, dans les formes sévères, entre 40° et $40^{\circ}, 5$, mais est bien tolérée. Le *pouls* bat 150 à 180 chez les très jeunes enfants, 100 à 140 chez les autres; il est rarement dicrote. L'*abdomen* est plat, mou, sans gargouillement iliaque. La *diarrhée* peut manquer ou reste modérée (2 à 5 selles liquides par 24 heures ou une seule en purée). Les *hémorragies intestinales* sont presque inconnues. Les *taches rosées*, très inconstantes (1 fois sur 4), nombreuses ou discrètes, apparaissent du 6^e au 10^e jour. L'*épistaxis* est rare, ainsi que la *pneumonie lobaire*. L'accident le plus commun et le plus grave est la *broncho-pneumonie*, plus fréquente au début qu'à la période d'état, et, revêtant une forme suraiguë disséminée, presque toujours mortelle. Les *accidents nerveux* tiennent une grande place, surtout dans les formes graves; l'irrégularité du pouls, le strabisme, l'inégalité pupillaire, la raideur du cou, le signe de Kernig, la respiration suspirieuse, les convulsions oculaires et faciales, le coma, l'aphasie, font songer à une *méningite (ponction lombaire)*. Les *gangrènes*, le *noma* frappent les enfants faibles et misérables; par contre, l'*escarre sacrée* est rare. L'*otorrhée*, suivie de *surdité*, est plus commune chez les enfants dits scrofuleux. La mortalité est moins élevée (8 pour 100) que chez l'adulte, sauf chez le nouveau-né et à l'approche de la puberté.

Vieillesse. — Le *début*, à cet âge, est lent et insidieux; la *température* axillaire reste modérée, même dans les cas les plus graves; les *taches rosées* font souvent défaut; la *rate* est peu tuméfiée; la *surdité* est prononcée et l'*adynamie* domine; la *langue* est sèche, il y a du *tremblement* musculaire et de l'*agitation nocturne*, mais le *mal de tête* est modéré, par contre, la *bronchite* est fréquemment intense; la mort résulte souvent d'une *pneumonie* ou d'une *perforation*. La mortalité est élevée (25 à 50 pour 100); même les cas favorables comportent toujours une longue convalescence.

Fièvres typhoïdes associées. — **Grossesse.** — L'*avortement* ou l'*accouchement prématuré* surviennent 2 fois sur 5, à toutes les périodes, même dans les formes les plus bénignes. Le danger n'est pas extrême pour la mère (mortalité 11 pour 100), mais l'enfant est expulsé presque toujours mort, du fait soit de l'hyperthermie, soit du bacille d'Eberth qui a pu l'infecter.

Tuberculose. — La fièvre typhoïde imprime à la tuberculose, qu'elle complique, une marche rapide, mais après sa convalescence seulement. On a cité des cas d'association entre fièvre typhoïde et tuberculose aiguë, vérifiés par la séro-réaction. Ailleurs, une tuberculose, souvent aiguë, se déclare durant la convalescence de la fièvre typhoïde.

Grippe. — Il peut arriver que la typhoïde se déclare vers le 10^e jour d'une