

se développer de préférence dans la région sacrée. Ils peuvent cependant apparaître en diverses zones de la peau; les bains prolongés ou longtemps répétés dans de l'eau impure en sont une cause fréquente.

Les abcès isolés ont en général la même origine et tiennent à une inoculation locale. Développés d'abord dans le tissu cellulaire sous-cutané, ils peuvent gagner la profondeur, envahir les masses du tissu cellulaire ou musculaire sous-aponévrotique et provoquer des délabrements profonds accompagnés d'hémorragies. En regard de ces suppurations localisées, dont la gravité ne dépend souvent que du retard de l'intervention chirurgicale, il faut placer les suppurations multiples qui se montrent dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les séreuses, les articulations, etc. et qui ne sont que les manifestations d'une infection secondaire pyohémique par les staphylocoques ou les streptocoques.

Les *gangrènes cutanées* ont une origine interne (artérite ou phlébite microbienne, embolie capillaire septique) ou externe (souillure de la peau par des impuretés ou des matières fécales, infection du poumon par des germes venus des voies digestives supérieures ou transportés par le courant d'air inspiratoire). La phlébite typhique a causé la gangrène humide dans plusieurs cas (Homolle, Gigou); il ne coexistait point de lésions artérielles.

Les gangrènes les plus fréquentes se montrent au niveau de la peau où elles constituent les eschares cutanées ou décubitus de la fièvre typhoïde. Ce sont les régions soumises à des pressions continues, sacrum, ischion, coudes, talons, etc., qui sont atteintes. Les nécroses se montrent de préférence chez les patients en proie à une forme adynamique ou ataxique, parce que l'empoisonnement du sujet est plus profond, la peau moins résistante, et la station, sur un point donné, plus prolongée. La fréquence de cette complication est d'autant moindre que les soins de propreté sont observés plus scrupuleusement. Si l'on surveille chaque jour les régions de la peau soumises à des pressions, on voit apparaître le plus souvent, sur la région sacrée, tout d'abord un érythème superficiel assez localisé sur lequel un ou deux points gros comme une lentille présentent une teinte plus foncée, tirant sur le violet. En ces points, l'épiderme se détache bientôt, soulevé ou non par de la sérosité, et laisse à nu le derme, qui présente une coloration rouge sombre et se mortifie. Parfois la surface qui va se gangrener est assez étendue pour simuler la présence d'une ecchymose. Superficielle et bien soignée, l'eschare peut guérir lentement sans envahir la profondeur. Dans le cas contraire, elle s'enfoncé, détruit le derme, le tissu cellulaire sous-cutané, dissèque les muscles, attaque le périoste et amène finalement la nécrose osseuse. Elle peut creuser assez profondément pour pénétrer dans le canal vertébral.

Des eschares même très étendues sont susceptibles de guérison, mais elles n'ouvrent que trop souvent la voie à des germes septiques, à l'érysipèle, etc.

On a observé des gangrènes partielles ou totales frappant la vulve (Liebermester, Hoffmann) et le pénis (Fournier).

D'autres organes sont encore le siège de tuméfactions et de suppuration. En premier lieu, il faut compter le *corps thyroïde*. La suppuration thyroïdienne se montre avec d'autant plus de fréquence chez les typhiques que le corps thyroïde a déjà préalablement subi une atteinte diminuant sa résistance. Assez rare en France, cette complication est fréquente dans les pays à goitre endémique.

L'*orchite typhique* est un accident peu commun qui ne survient que dans les périodes tardives de la fièvre typhoïde. Je l'ai observé deux fois chez des malades qui avaient dépassé la trentaine. Dans le premier cas, l'orchite était double; l'inflammation s'est terminée sans suppuration et sans avoir intéressé ni l'épididyme, ni la tunique vaginale; dans le second cas, l'orchite était unilatérale, droite; la lésion avait atteint l'épididyme et le testicule. L'épanchement dans la tunique vaginale était très minime; la suppuration s'est localisée en un point; la culture du pus a donné du bacille d'Éberth à l'état de pureté. L'évacuation a laissé une perte de substance profonde à parois taillées à pic, longues à se réparer. L'étude de cette forme d'orchite faite par Ollivier⁽¹⁾ a montré les principaux caractères cliniques et anatomiques de cette complication: le mode de début par la douleur locale, puis la fièvre, la résolution qui se fait sans atrophie au bout d'une douzaine de jours, quand la suppuration fait défaut, et enfin la longueur de la guérison et l'atrophie testiculaire consécutive quand la suppuration est intervenue.

SYMPTÔMES⁽²⁾

Lorsqu'on lit les descriptions que nous ont laissées Louis, Chomel et les auteurs de la première moitié de ce siècle, on ne peut s'empêcher de reconnaître que le tableau clinique de cette affection a un peu changé depuis cette époque, et que les complications paraissent avoir perdu de leur gravité. Cela tient dans une certaine mesure à une hygiène mieux comprise, à un traitement plus rationnel, et aussi peut-être à des causes dont nous ne saisissons pas tous les éléments.

Je prendrai pour type de ma description une forme moyenne de la fièvre typhoïde, puis j'envisagerai les complications, pour revenir plus tard sur l'étude des diverses formes cliniques. Il s'agira, dans mon exposé, de la maladie envisagée *en dehors des modifications* que lui imprime la thérapeutique.

Il faut remarquer en effet que les descriptions des symptômes de la fièvre typhoïde qu'on trouve dans les livres classiques et qui pour la plupart reproduisent celles qui ont été faites par Louis, par Chomel, par Murchison, ne correspondent pas toujours *étroitement* aux faits qu'on observe aujourd'hui dans la plupart des services hospitaliers. Beaucoup de symptômes se présentent avec un degré d'atténuation, dans leur intensité et dans leur fréquence, qui les rendent presque méconnaissables.

L'étudiant en médecine observe plus rarement qu'autrefois des exemples de météorisme considérable, d'ataxie violente, etc. Il peut penser aussi que le délire des typhiques est moins fréquent que l'avait indiqué Murchison. Ces modifications résultent-elles d'une atténuation du germe épidémique ou des effets d'une thérapeutique mieux comprise? Si l'on ne peut se prononcer sur la première de ces hypothèses, on peut affirmer sans crainte d'erreur que la thérapeutique courante et en particulier l'usage de l'hydrothérapie froide a diminué dans une large mesure la gravité et la fréquence des accidents nerveux de la dothiéntérie.

(1) OLLIVIER, *Revue de méd.*, 1885.

(2) La lecture de ce chapitre doit être précédée de celle du schéma tracé ci-dessus, page 60.

Période d'incubation. — La durée de cette période est très variable suivant la quantité et la virulence du virus absorbé. Elle peut n'être que de deux ou trois jours (Murchison, E. Jancken)⁽¹⁾. Sur 20 cas de fièvre typhoïde, observés par Hanot, 13 fois l'incubation fut de 4 à 6 jours, 7 fois de 15 à 20 jours. Je crois qu'elle dépasse souvent ce chiffre. Certains individus gardent longtemps dans leur intestin, et peut-être même dans l'intimité de leurs tissus, des germes typhiques qui se développent mal jusqu'à l'arrivée d'une circonstance favorable. Le malade éprouve de la céphalalgie frontale et occipitale, une lassitude générale; son sommeil est léger; il ressent à son réveil des vertiges, l'appétit est diminué. Il n'accuse pas de douleurs articulaires, pas de myalgies, pas de coryza, etc., ce qui permet le plus souvent d'éliminer le diagnostic de la grippe.

Quand la période d'incubation se prolonge pendant longtemps, les symptômes prémonitoires sont naturellement incomplets et obscurs. L'observation suivante rédigée par M. le docteur Apert⁽²⁾, chef de clinique de la Faculté, est curieuse à ce point de vue. Je la donne parce qu'elle est d'une précision parfaite et qu'elle vérifie l'exactitude de l'hypothèse que j'avais émise sur la longue durée possible de l'incubation. Elle a de plus, ce qui ne gâte rien, la saveur d'une auto-observation :

Au mois de novembre 1896, étant interne de M. le professeur Dieulafoy, je fus atteint de fièvre typhoïde. Je pris le lit le samedi soir 21 novembre 1896; mais le début des premiers phénomènes remontait bien antérieurement; depuis plus de six semaines, je ne me sentais pas dans mon état de santé normal; je puis préciser le moment où j'ai commencé à me sentir malade, parce que je me rappelle avoir ressenti, pour la première fois, le mal de tête lors d'un voyage en chemin de fer que je fis le 4 octobre 1896, soit quarante-huit jours avant de prendre le lit. En wagon, je me sentis mal à mon aise, la tête lourde, avec une sensation de barre pesante au niveau du front, et de l'envie de dormir. Je crus que cela provenait de l'odeur du train et du wagon; j'ouvris les fenêtres, malgré le froid qui cette année-là était déjà très vif à cette date; mais mon mal de tête persista et dès lors ne me quitta plus guère, si ce n'est après la fin de la maladie.

Pendant toute la longue durée de la période d'incubation, cette *céphalalgie frontale*, que je ne puis mieux comparer qu'à la sensation d'une barre pesante au-dessus des sourcils, persista; elle était peu gênante le matin, elle s'accroissait quelque temps avant le déjeuner, se calmait un peu une fois l'estomac plein, mais reparaisait dans l'après-midi jusqu'au soir. A part cette céphalalgie, j'allais bien, j'avais de l'appétit, mes fonctions intestinales étaient régulières.

J'attribuai d'abord cette céphalalgie à des troubles digestifs; je cessai de boire du vin blanc et me mis au vin rouge, puis à l'eau pure, mais vainement; je pris aussi de l'anti-pyrine sans résultat.

Vers le milieu du mois d'octobre, sans que je puisse préciser autrement la date, un autre phénomène survint, qui est rarement signalé dans les prodromes de la fièvre typhoïde; c'étaient des *douleurs lombaires*, qui étaient loin d'être continues comme la céphalalgie, mais qui ne survenaient, au contraire, qu'après une marche. Auparavant, il m'arrivait souvent de faire à pied le trajet de l'Hôtel-Dieu chez moi (3 km 1/2); il me fut bientôt impossible de faire à pied même une partie de ce trajet. Je partais de l'Hôtel-Dieu tout à fait bien, ne pensant pas du tout à ce mal de rein; il suffisait du trajet de l'Hôtel-Dieu au boulevard Saint-Germain pour que je ressentisse la douleur lombaire, et que je me dise : « Décidément, il vaut mieux que je prenne le tramway, je ne pourrai pas aller jusqu'au bout à pied ». Je ne me faisais cette réflexion que dans l'intérieur de l'Hôtel-Dieu, du service des hommes au service des femmes, des services au laboratoire et dans l'intérieur des services même, je faisais chaque matin des trajets beaucoup plus longs, restant deux heures sans m'asseoir, et pourtant je ne ressentais pas alors la même douleur. Pourquoi un petit trajet au dehors réveillait-il au contraire cette douleur? Je constate le fait sans l'expliquer.

Dans le même temps, il m'arriva d'avoir plusieurs fois des *épistaxis*. Y étant assez sujet, je n'y prêtai pas d'attention. Elles survinrent plusieurs fois au moment des repas; je ne puis préciser la date de la première, mais je suis certain d'en avoir déjà eu fin octobre, plus de vingt jours avant de prendre le lit.

Cependant, à part cette céphalalgie, ces douleurs lombaires, ces épistaxis, ma santé

(1) JANCKEN, *Wien. klin. Wochens.*, 7 juillet 1898.

(2) APERT, *Bulletin médical*, 1^{er} nov. 1898.

générale était très bonne; j'avais de l'appétit; je mangeais bien, je digérais bien, pas l'ombre de diarrhée. Pourtant je perdais du poids; mais loin de m'en effrayer, j'en étais content, car depuis longtemps je cherchais à maigrir, et j'avais l'habitude de me peser tous les huit jours. Je pesais d'ordinaire 98 à 99 kilogrammes; le 5 novembre, je ne pesai plus que 97, et le 12 novembre 95. Malgré cet amaigrissement, je pouvais sans fatigue me livrer à des travaux intellectuels, qui n'augmentaient pas mon mal de tête, je le sentais même moins en travaillant qu'en restant désœuvré.

Le 20 novembre au soir, je me sentis, pour la première fois, vraiment malade; j'avais froid, j'eus plusieurs petits frissons, je ne voulus pas diner, et me couchai à sept heures du soir; je pris ma température axillaire, j'avais 38° 4.

Le 21 au matin, j'étais mieux, 37°; je pris de bon appétit mon déjeuner du matin; je sentais peu mon mal de tête, comme toujours le matin; je pus me rendre à l'hôpital. Mais, au retour, je frissonnais; je pris ma température : 39° 2; et je me découvris une sensibilité dans la fosse iliaque droite, qui me fit faire le diagnostic de la maladie. Le lendemain, ce diagnostic était confirmé par la recherche de la réaction agglutinante. Caussade, qui fit la réaction, assure n'avoir jamais vu une agglutination aussi intense ni aussi rapide, ce qui est bien en rapport avec ce fait que mon organisme était déjà depuis longtemps imprégné de toxines.

Je n'insiste pas sur l'évolution de la période d'état. La diarrhée apparut au troisième jour de lit; les taches rosées six ou sept jours après que j'eus pris le lit; ce fut une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, mais qui tourna court brusquement. Le 28 novembre (huitième jour de lit), j'eus encore 39° 6 le soir; le 29, je n'avais plus que 38° 9; le 30, 38° 4; le 1^{er}, 37° 6, et le 2 décembre (douzième jour de lit) ma température était revenue à la normale. Ma convalescence n'offrit rien de particulier. Quand je pus me peser, j'avais perdu 12 kilos; mais, malgré mes efforts, je les repris presque aussi vite que je les avais perdus.

Période d'ascension. — Avant la période d'invasion confirmée, le patient, qui est encore sans fièvre, se plaint de lassitude, de douleurs musculaires, d'inappétence, de vertiges, d'insomnie et parfois d'épistaxis. Les produits solubles élaborés par le bacille ont commencé leur œuvre d'intoxication.

Rarement le début est brusque et s'annonce par des phénomènes protéiformes qui déjouent toute prévision diagnostique. Il y a des observations où la fièvre typhoïde a commencé cliniquement par une pneumonie lobaire.

Le début par des troubles digestifs ou une angine est plus fréquent. G. de Mussy signale la présence d'un *évanthème érythémateux* ou catarrhal, qui envahit le pharynx, le voile du palais et la surface des amygdales. Le muguet n'est pas très rare, et peut même gagner l'œsophage et les bronches, comme dans une observation de Chédevergne. La langue se couvre d'un enduit saburral, à l'exception des bords et de la pointe; si l'on appuie légèrement le doigt sur la face dorsale, on sent que cet exsudat est collant et poisseux; Chomel attachait à ce caractère une grande importance. L'anorexie est le plus souvent prononcée, sauf dans certains cas bénins. La diarrhée n'est pas de règle; et Murchison signale même la constipation comme fréquente au début de la fièvre typhoïde. En même temps survient un état fébrile continu avec exaspérations vespérales qui atteint son apogée entre le sixième et le huitième jour (40° et au delà). Pendant ce *premier septénaire*, les symptômes de la période prodromique se sont exagérés; la *céphalalgie* est devenue violente; l'*insomnie* tenace; les *vertiges* apparaissent dès que le malade s'assied sur son lit; les petites *épistaxis* sont fréquentes. La prostration s'accroît, allant parfois jusqu'à la stupeur. La congestion bronchique se traduit par des râles sibilants. La rate est déjà grosse. Les règles sont très rarement arrêtées au début de la fièvre typhoïde; souvent leur venue est plus précoce et l'hémorragie prolongée de plusieurs jours.

La durée de cette période varie de 7 à 10 jours.

Période d'état. — Ce mot s'applique à la généralisation de l'infection et non

à l'évolution des symptômes qui ne vont faire que s'aggraver. Cette période comprend le second et une partie du troisième septénaire.

Le virus diffuse partout; il n'est pour ainsi dire pas d'organes où on ne puisse trouver le bacille typhique. C'est au début de cette période, c'est-à-dire à partir du septième jour, qu'apparaît l'éruption des *taches rosées lenticulaires*, taches papuleuses de 2 à 5 millimètres de circonférence, s'effaçant momentanément à la pression; parfois l'effacement est incomplet et laisse persister une teinte cuivrée ou feuille-morte. A la loupe, on constate souvent des ectasies vasculaires à la périphérie et même au centre des taches. Discrète ou confluyente, l'éruption dure dans son ensemble deux à trois semaines; elle se développe par poussées successives, chaque tache durant de 5 à 5 jours, et s'effaçant, pendant que de nouvelles apparaissent.

Les taches se rencontrent de préférence sur le tronc, l'abdomen, la région lombaire. on a nié leur présence sur le visage; cependant Louis et Murchison les y ont rencontrées chacun une fois. J'en ai observé de très nettes sur le front et les joues d'un typhique, chez lequel l'éruption était très abondante. On ne peut confondre ces macules avec les taches bleues dues aux *pediculi* (Mourou, Duguet), ni avec d'autres éléments éruptifs, le plus souvent acuminés et vésiculeux, ne s'effaçant pas à la pression, et correspondant à des boutons d'acné ou bien à des infections cutanées exogènes d'origine staphylococcique.

Louis et Murchison croyaient à leur spécificité; depuis on les a signalées au cours de la granulie, de la grippe, de la méningite cérébro-spinale épidémique, etc. Il est possible que, dans quelques-unes de ces observations positives, il y ait eu coexistence de fièvre typhoïde. J'ai observé avec mon interne, M. Ramond, un cas de granulie avec taches rosées; le séro-diagnostic, du vivant du malade, et l'autopsie nous ont permis de rattacher l'éruption à une fièvre typhoïde associée à la granulie tuberculeuse⁽¹⁾.

On ne peut tirer aucune indication pronostique de l'abondance de cette éruption; une grande quantité de taches indiquerait une marche favorable pour Jaccoud et Marfan; une marche défavorable pour Griesinger. Pareilles contradictions montrent bien le peu de valeur pronostique de la rubéole typhique.

Il existe fréquemment des sudaminas; les érythèmes sont exceptionnels; la peau de la paume des mains et de la plante des pieds s'épaissit, prend une teinte safranée ou jaunâtre, et finit par tomber en larges squames, au moment de la convalescence. Ce phénomène, étudié par Filipowicz (1895), et désigné sous le nom de *signe palmo-plantaire* de la fièvre typhoïde, n'est nullement spécifique⁽²⁾; il a été observé aux cours d'autres infections, telles que le rhumatisme articulaire aigu et la pneumonie (Achard).

L'appétit est nul; la langue tremblotante, sèche, fendillée et râpeuse au toucher; c'est la langue rôtie, langue de perroquet des auteurs. La bouche est aussi tapissée de mucosités noirâtres, fuligineuses. Les ulcérations sont rares et n'ont aucun caractère spécifique; localisées au pharynx, elles peuvent amener la *dysphagie*⁽³⁾.

A cette période, les vomissements sont exceptionnels; aussi leur survenance doit-elle éveiller la crainte d'une péritonite (Murchison). La pression de la

⁽¹⁾ CHANTEMESSE et RAMOND, Soc. méd. des hôpitaux, 1897.

⁽²⁾ L. QUENTIN, Thèse de doctorat, Paris 1898.

⁽³⁾ VERGELY, Congrès de Bordeaux, 1895.

main au creux épigastrique réveille toujours une certaine douleur (Louis, Cornil, A. Chauffard).

Dans quelques cas, la *diarrhée* manque, ou bien ne survient qu'après l'emploi d'un purgatif. Elle est constituée par des selles liquides, *fétides*, de couleur *ocre jaune*, plus rarement couleur purée de pois (Griesinger). Le nombre des évacuations est ordinairement de 5 à 4 par jour; ce chiffre est d'ailleurs fréquemment dépassé. Dans les formes graves, l'incontinence des matières est de règle. — On trouve à l'examen microscopique des garde-robes des cellules épithéliales de la muqueuse intestinale, des cellules embryonnaires et graisseuses, des éléments conjonctifs nécrosés, enfin divers microbes. Du dixième au vingtième jour, on y rencontre à peu près constamment des bacilles typhiques.

Dès que la diarrhée est établie, on perçoit le *gargouillement* dans la fosse iliaque droite, et la pression de cette région est un peu douloureuse. La parésie intestinale et l'accumulation des gaz produisent le *météorisme abdominal*.

Les fosses nasales sont sèches et pulvérulentes; l'*épistaxis* survient dans la moitié des cas, d'après Louis, dans le quart des cas seulement, d'après Murchison. Cette hémorragie est liée souvent à la présence d'une ulcération, siégeant à la partie antérieure, à l'union de la peau et de la muqueuse olfactive, plus rapprochée du plancher que de la voûte⁽¹⁾. Cette perte de substance n'est nullement spécifique et semble liée à l'état de sécheresse de la muqueuse, qui la rend sensible aux plus légers traumatismes. La *perforation de la cloison* serait la conséquence de l'extension de cette ulcération (Trousseau, Dieulafoy, Gellé).

L'auscultation des poumons révèle la présence de nombreux râles sibilants et ronflants. Les mouvements respiratoires sont augmentés de fréquence. D'après Robin et Binet⁽²⁾, la production d'acide carbonique diminue; la consommation de l'oxygène total ne varie sensiblement pas; elle est cependant insuffisante à transformer immédiatement tous les produits de désassimilation. Le quotient respiratoire est abaissé. Les bains froids ont précisément l'avantage de relever ce quotient.

Les *urines* sont peu abondantes, foncées, riches en indican; la quantité des chlorures et des phosphates est moindre, l'élimination des sulfates augmentée. Les sédiments sont constitués en majeure partie par des phosphates ammoniac-magnésiens, accessoirement par les urates d'ammoniaque et de soude. L'urée serait abondamment excrétée (Vogel, Moos, Murchison); M. Robin s'élève avec raison contre pareille affirmation. L'*albuminurie* est très fréquente, et ne doit pas être confondue avec l'*albumosurie* du début de la fièvre typhoïde.

La parésie vésicale aboutit parfois à la *rétenion d'urine*.

Le *pouls* au début de la dothiéntérie n'est pas très rapide, et, comme tel, semble en désaccord avec la température, déjà assez élevée. Il ne s'harmonise avec la fièvre qu'à la période d'état; au moment de la convalescence, le parallélisme cesse, la température diminuant et la pulsation cardiaque restant toujours fréquente.

Au cours d'une fièvre typhoïde confirmée, le pouls perd de son énergie, devient *dicrote*, parfois irrégulier; on aurait tort de croire, de par ce seul fait, à l'existence d'une myocardite, alors qu'il ne s'agit souvent que d'une simple action du poison typhique sur les autres régulateurs cardiaques⁽³⁾. Aussi

⁽¹⁾ Voyez TISSIER, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, mars 1895.

⁽²⁾ A. ROBIN et M. BINET, *Arch. gén. de méd.*, octobre 1896.

⁽³⁾ H. HUCHARD, Soc. de biologie, 27 juillet 1894. — Voyez plus haut (page 28) l'étude expérimentale de l'action de la toxine typhoïde soluble sur le cœur.

n'est-il pas rare de voir certains accidents, graves en apparence, rétrocéder rapidement au moment de la convalescence. Dans la forme moyenne de la dothiéntérie, les bruits du cœur sont bien frappés; parfois, dans des formes plus graves, on perçoit des bruits de souffle systolique à la pointe, et que Skoda rattachait à une parésie des muscles tenseurs de la valvule mitrale. La disparition du premier bruit à la pointe ou à la base (Stokes) n'a de valeur pronostique grave que si le nombre des pulsations dépasse 120 à la minute⁽¹⁾.

La *rate* est volumineuse; la percussion de la région splénique doit être pratiquée en arrière de la ligne axillaire antérieure, à cause du météorisme qui refoule l'organe *vers le dos*; la pression de la rate est quelquefois douloureuse, surtout chez l'enfant; il faut redouter dans ce cas la production d'infarctus. Le *foie* déborde souvent les fausses côtes.

Cependant tous les symptômes nerveux s'accroissent, excepté la céphalgie: le délire s'installe, tranquille ou agité, habituellement nocturne, entrecoupé par la somnolence. Les mains semblent être à la recherche d'objets imaginaires (carphologie), ou froissent sans cesse le drap de lit. On note des soubresauts tendineux. En même temps, il existe de l'hyperesthésie cutanée (Fritz)⁽²⁾, prononcée surtout aux membres inférieurs et aux lombes, mais n'atteignant jamais la face; — de l'hyperesthésie musculaire, spontanée ou provoquée par la pression, des crampes aux mollets; la tétanie n'est pas absolument exceptionnelle. Les réflexes rotuliens sont le plus souvent normaux ou exagérés; ainsi dans la statistique de Pluyaud, sur 100 cas les réflexes se sont montrés exagérés 58 fois, normaux 25 fois, diminués 17 fois seulement. M. Fernet a signalé le phénomène du doigt mort au cours de la fièvre typhoïde⁽³⁾.

Le malade est atteint de surdité légère, le plus souvent d'origine cérébrale; les fonctions olfactives sont amoindries, à cause de la sécheresse de la muqueuse pituitaire; les pupilles sont ordinairement dilatées, parfois même inégales.

C'est à cette période que des complications graves peuvent se développer, produites, les unes par une localisation massive du virus sur un organe (cerveau, cœur, reins, etc.), les autres par la rétention et l'accumulation dans l'économie des produits toxiques de divers ordres; les dernières enfin par une infection secondaire surajoutée.

La *durée* de cette période est de 7 à 15 jours en moyenne.

Période de déclin. — Du quinzième au trentième jour, rarement plus tôt ou plus tard, le malade entre dans la période de défervescence. Celle-ci est caractérisée par des modifications de l'état général et des rémissions de la température (courbe décroissante). Lente d'ordinaire, la défervescence peut être quelquefois brusque (crise de polyurie, hémorragie). Les symptômes diminuent progressivement d'intensité; la physionomie du malade devient meilleure, la peau est moins sèche; l'urine, plus abondante, renferme une grande quantité de produits toxiques et de matières extractives; l'intelligence renaît.

La détente est presque toujours annoncée tantôt par une fausse défervescence avec amélioration passagère, tantôt par un redoublement de phé-

(1) CH. MONGOUR, *Presse méd.*, 21 avril 1897.

(2) FRITZ, Thèse de doctorat, Paris 1864.

(3) PLUYAUD, Thèse de doctorat, Paris 1885.

nomènes généraux et locaux qui constituent ce qu'on a appelé la perturbation critique. Un des caractères les plus saillants de cette phase est l'irrégularité de la courbe thermique qui présente alternativement des ascensions considérables et des chutes de plusieurs degrés (stade amphibole). Si des complications ne surviennent pas qui prolongent la durée de l'infection ou entraînent la mort, le malade, considérablement amaigri et anémié, entre en *convalescence*.

La convalescence est marquée par le retour et le maintien de la température à l'état normal et aussi par une modification du visage, qui devient gai et expressif. Plus la maladie a été grave, plus la convalescence sera longue⁽¹⁾. Le pouls est mou et petit, soumis à des variations émotives, la température descend au-dessous de la normale et tous les grands appareils accomplissent imparfaitement leurs fonctions. Les réflexes sont exagérés; les vertiges et les palpitations se montrent fréquemment. Les premiers essais de l'alimentation sont parfois suivis de vomissements, surtout chez les malades qui ont été soumis à la diète. La débilité intellectuelle persiste longtemps; certains malades ne retrouvent jamais l'intégrité de la mémoire. A ce moment encore, des complications peuvent survenir, qui, par leur apparition, éloignent le retour à la santé, *affections vésaniques, paralysies localisées, diarrhée chronique, manifestations pyémiques* et plus tard *tuberculose, cardiopathie*, etc.

La fièvre typhoïde laisse souvent comme stigmates indélébiles des vergetures sur la peau des membres au niveau des cartilages de conjugaison sur la région dorsale (Chantemesse, Bouchard, Trouseau). Ces lésions sont l'indice d'une croissance exagérée due à l'irritation de la moelle osseuse par le virus typhique (Ponfick, Neumann)⁽²⁾.

Tel est le tableau sommaire d'une fièvre typhoïde de moyenne gravité, évoluant sans complications. Parmi les symptômes que j'ai passés en revue, il en est qui méritent une analyse plus complète.

ÉTUDE ANALYTIQUE DES SYMPTÔMES

Symptômes dépendant du système nerveux. — Les premiers signes de la maladie sont avant tout des phénomènes qui traduisent la souffrance du système nerveux. La *prostration*, c'est-à-dire la perte des forces ne manque jamais. L'époque à laquelle elle se montre est variable, car il est des patients qui doivent garder le lit dès le début de leur maladie, et d'autres qui restent debout pendant des semaines avant d'être obligés de s'aliter. Ceux qui entrent dans les hôpitaux, viennent en général du huitième au quinzième jour de leur maladie, et disent qu'ils gardaient le lit depuis quelques jours. A la prostration des forces, aux perturbations de la sensibilité appartiennent les troubles sphinctériens, la perte involontaire des selles et des urines, ou encore la rétention d'urine. Ces divers accidents sont l'indice d'un état de prostration profond, d'un pronostic assez défavorable.

La *stupeur*, lorsqu'elle est très prononcée, rend le malade indifférent à toute impression, comme hébété; le facies typhique est caractérisé précisément par

(1) HUTINEL, *Convalescence et rechute de la fièvre typhoïde*, 1885.

(2) *Virchow's Arch.*, 1869.