

pour obtenir une diurèse abondante, on se heurte au mauvais vouloir des patients qui n'acceptent qu'avec répugnance un tel régime. Ce faible appétit des boissons contraste avec la sécheresse de la bouche et la rareté de la salive.

La *langue*, au début de la maladie, est blanche, saburrale au centre, tandis que les bords et la pointe sont d'un rouge plus ou moins vif; elle colle au doigt qui la touche et présente de bonne heure des secousses fibrillaires. Lorsque l'adynamie est prononcée, la langue se sèche, se rétracte et se couvre d'un enduit brun (fuliginosité). Parfois la sécheresse de la langue aboutit à la création de petites fissures assez rebelles. Lorsque l'état typhoïde se prononce, les lèvres, les gencives et les dents se recouvrent aussi de fuliginosités; on retrouve le même enduit noirâtre sur le voile du palais et sur la paroi postérieure du pharynx. Au-dessous ou à côté de ces exsudats, on distingue quelquefois sur les piliers du voile de petites ulcérations.

Les *amygdales* sont fréquemment le siège de lésions multiples que l'examen direct permet de constater; on peut reconnaître la présence d'*angines* de diverses natures (pultacée, ulcéreuse) (Duguet), gangreneuse ou même diphthérique quand une infection secondaire est venue s'y ajouter. Le muguet n'est point rare; il peut se répandre à la façon d'une épidémie dans une salle hospitalière (Duguet). Ces diverses lésions qui se montrent si fréquemment (voyez les lésions pharyngées et œsophagiennes dans le chapitre d'anatomie pathologique) expliquent la fréquence de la dysphagie, lorsque le patient a conservé sa sensibilité intacte. La *gangrène de la joue* (noma) est un accident bien rare depuis qu'on pratique les soins d'antisepsie buccale.

Les *symptômes d'origine gastrique* se montrent environ dans la moitié des cas. Les uns (épigastralgie, nausées, vomissements du début) appartiennent à l'évolution régulière de la maladie, les autres (vomissements tardifs et graves) sont l'indice d'une complication. L'épigastralgie siège dans un espace triangulaire qui occupe la région nommée creux de l'estomac. La douleur est spontanée, réveillée par l'ingestion de boissons ou seulement par la pression de la main; elle atteint quelquefois un degré d'acuité assez grand pour arracher une plainte au malade plongé dans la stupeur. Elle s'efface dans le cours du second septénaire. Les nausées et les vomissements, qui sont un objet de tourment au début de la maladie, disparaissent bientôt dans l'évolution de la forme commune.

Quand les vomissements reviennent avec une ténacité incoercible pendant le second septénaire, ils sont l'indice d'une complication.

Les lésions de l'intestin sont la cause des *douleurs* spontanées ou provoquées par la pression *dans la région abdominale*. Ces douleurs sont diffuses, plus souvent localisées dans la fosse iliaque droite. Il est bien rare qu'à ce niveau, la pression ne révèle pas la présence d'une sensibilité vive et parfois un peu de gargouillement. Il faut apporter de la prudence à rechercher ce signe à cause de l'ulcération et de la fragilité des tuniques intestinales. Les douleurs abdominales sont en général en rapport avec la violence de la maladie et l'intensité de la diarrhée. Parfois elles se montrent sans raison apparente, durent quelques heures, puis disparaissent alors que leur intensité avait éveillé la crainte d'une perforation possible. A l'autopsie des typhiques, on trouve quelquefois une invagination peu développée, qui pendant la vie n'a donné aucun symptôme appréciable, et qui ne s'accompagne d'aucune adhérence entre les feuillets de la séreuse. Peut-être quelques-unes des douleurs abdominales des typhiques sont-

elles en rapport avec des contractions siégeant dans des segments de l'intestin et aboutissant à l'intussusception capable de disparaître spontanément.

Le *météorisme* est assez fréquent et traduit l'affaiblissement de la résistance nerveuse. Le plus souvent il n'atteint qu'un degré modéré. On ne voit que rarement aujourd'hui, ces météorismes intenses communs dans la période où l'on traitait les malades par des purgatifs répétés.

La *diarrhée* est un phénomène très fréquent dans la fièvre typhoïde, tandis que la constipation est rare. Dans les trois quarts des cas, à peu près, elle se montre dès le premier septénaire; elle fait défaut dans 5 pour 100 des cas environ. Sa durée la plus commune est de 10 à 20 jours; rarement (10 pour 100 des cas) elle dépasse celle d'un mois. Les selles liquides, fétides, alcalines, au lieu d'être acides comme à l'état normal, impriment sur les linges des taches ocreuses entourées d'une zone peu colorée, caractère qui leur assure une certaine valeur diagnostique. La diarrhée fait son apparition au début de la maladie et c'est le cas le plus fréquent, ou bien elle ne se montre qu'après une période de constipation, qui dure quelques jours, et parfois deux et trois semaines. Un léger purgatif qui triomphe de la constipation du début, la fait souvent apparaître. Légère dans la phase initiale, elle augmente peu à peu et ne diminue ou disparaît qu'au déclin de la maladie ou pendant la convalescence. Dans les cas bénins il y a deux ou trois selles par jour, mais ce nombre peut augmenter beaucoup dans les formes graves; la diarrhée peut devenir colliquative, involontaire et être une cause d'affaiblissement profond. La souillure incessante de la peau qui résulte du contact des matières fécales est la source de furoncles et d'eschares. A la fin de la maladie la diarrhée cesse, mais elle reparait avec les rechutes. Ce flux intestinal est un processus d'élimination de la toxine typhique. On s'en rend facilement compte dans l'étude expérimentale. L'injection d'une forte dose de toxine typhique dans le système sanguin du lapin, provoque parfois, en quelques minutes, l'apparition d'une diarrhée profuse qui fait perdre à l'animal 2 ou 500 grammes de son poids en quelques heures. On trouve à l'autopsie les anses intestinales distendues par une diarrhée ocreuse, l'épithélium desquamé, les vaisseaux gorgés de sang au point de faire apparaître des suffusions sanguines. Pour une même dose de poison la diarrhée n'est pas égale chez tous les animaux de même espèce et de même poids, et surtout pour les espèces différentes. Le cobaye présente de la congestion de l'intestin et de la distension par du liquide, sans diarrhée extérieure apparente.

La *constipation* existe assez souvent au début de la maladie. Rarement elle persiste pendant tout le cours de la fièvre typhoïde. Sur 196 cas, je l'ai constatée cinquante fois dans les cinq ou six premiers jours et dix fois dans tout le cours de la maladie. Elle est aussi l'indice d'une lésion intestinale produite par la toxine. Les chevaux qu'on immunise contre le poison typhique, présentent à chaque injection, de la diarrhée et parfois de la constipation.

Les symptômes fournis par la *rate*, dépendent à peu près exclusivement de son état d'hypertrophie. Celle-ci est appréciable, déjà cliniquement à la fin du premier septénaire. Au lieu de 7 à 8 centimètres la matité splénique peut atteindre 12, 14, 15 centimètres. Lorsque cette matité persiste après la chute de la fièvre, il faut redouter l'apparition d'une rechute. La présence d'infarctus se traduit quelquefois par une sensibilité anormale de la région. La rupture de la rate, sous l'influence d'une congestion excessive et à plus forte raison l'ouverture d'abcès dans le péritoine, entraînent une mort rapide.

*Symptômes fournis par l'appareil respiratoire.* — La fréquence de la respiration chez le typhique dépasse le chiffre normal, et elle devient d'autant plus marquée que la congestion ou les complications inflammatoires ont fait leur apparition dans le poumon. La respiration accélérée et le battement des ailes du nez, traduisent la présence d'une dyspnée plus ou moins vive.

En regard de ces troubles respiratoires qui dépendent d'une lésion matérielle du larynx (œdème glottique) des bronches ou du poumon, il en est dont la pathogénie exacte est assez difficile à déterminer et qui se rattachent à l'intoxication du bulbe ou des ganglions cardiaques. Comme exemple, je citerai le fait suivant que j'ai observé avec le docteur de Pont-Réaux chez une jeune femme atteinte, dans le cours d'une grossesse, d'une fièvre typhoïde très toxique. Vers le vingtième jour de la maladie, la malade, qui venait de faire un avortement, ne put plus supporter la balnéothérapie froide, ni même tiède; elle était prise de syncope dans le bain ou après le bain. La température marquait 40°; il n'y avait pas de toux, pas de lésions pulmonaires appréciables à l'auscultation; l'urine était abondante, sans albumine. Le pouls battait régulièrement, 120 fois à la minute; le premier bruit était sourd à l'auscultation de la pointe du cœur. Les phénomènes essentiels consistaient dans un état de dépression profonde, de subdélire. A ce moment survinrent soit après les bains, soit spontanément des crises respiratoires qui duraient de quelques minutes à une heure ou deux et pendant lesquelles la respiration prenait un peu le type Cheyne-Stokes. Les mouvements respiratoires acquéraient une amplitude et une force ascendantes, puis décroissantes et alors survenait une période d'apnée complète, qui durait environ un tiers de minute, les deux autres tiers de la minute étant occupés par les périodes d'ascension et de descente de la respiration. L'apnée était parfois si prolongée qu'on croyait la malade morte et qu'il fallait la secouer pour faire reparaitre les inspirations. A ces phénomènes s'ajoutait quelquefois le hoquet. Ces accidents respiratoires se dissipèrent peu à peu; cependant la malade finit par succomber à l'intoxication.

L'épistaxis est un des symptômes fréquents de la fièvre typhoïde; elle est même un des phénomènes prémonitoires, qui ont pour le diagnostic une certaine importance. Légère, elle peut ne se manifester que par la perte de quelques gouttes de sang ou l'expectoration de quelques crachats teintés de rouge noir. Elle est ordinairement peu abondante; parfois cependant elle peut être copieuse, se répéter plusieurs fois au début de la maladie. Il est rare qu'elle se montre après le premier septénaire, excepté dans les formes hémorragiques. Son apparition à une époque un peu tardive, n'implique pas toujours un pronostic grave. On a vu parfois des hémorragies nasales, ou des hémorragies utérines, faire tourner court l'évolution d'une dothiéntérie. Dans ma statistique personnelle, j'ai constaté l'épistaxis 66 fois sur 196 cas. L'hémorragie nasale est survenue 49 fois dans le premier septénaire, 11 fois dans le second, 5 fois dans le troisième et une fois le quarante-deuxième jour. Elle a été unique dans 58 cas et multiple dans 28.

La participation des bronches et du poumon au processus typhique en dehors de toute complication se dénonce par la constatation d'un léger catarrhe bronchique et d'une congestion modérée de l'appareil broncho-pulmonaire; on perçoit à l'auscultation la présence de quelques râles sonores et sibilants, parfois muqueux, surtout aux deux bases; on constate un peu de rudesse et de faiblesse respiratoires dans le reste du poumon; une expectoration très modérée, visqueuse, sans caractère bien spécial.

*Symptômes fournis par l'appareil cardio-vasculaire.* — Ces symptômes ont une très haute importance dans l'évolution de la fièvre typhoïde. On les voit souvent acquérir une intensité telle, qu'on peut les considérer comme des phénomènes n'appartenant plus au cadre normal de la maladie. Aussi est-il plus difficile sur ce point que sur d'autres, d'établir une limite de démarcation précise entre le symptôme et la complication. Laisant cependant de côté tout ce qui est accident grave, lypothimie, collapsus, syncope, mort subite, je vais passer en revue les signes fournis par l'examen méthodique du cœur et du pouls, dans le cours de la maladie. Pendant les premiers jours, les battements sont forts, bien frappés, réguliers; la pointe du cœur se fait sentir à son foyer ordinaire de palpation. Bien que la fièvre soit vive et dépasse 40° le soir, le pouls peut osciller entre 80 et 90 pulsations. Au second septénaire, les contractions cardiaques sont encore énergiques, cependant le premier bruit du cœur est un peu plus sourd qu'à l'état normal et on perçoit quelquefois un léger souffle systolique. Le choc précordial est moins énergique, le pouls plus mou, plus franchement dicrote. C'est pendant le troisième septénaire que les troubles cardiaques deviennent plus profonds et sont d'autant plus accentués que la maladie est plus toxique, et le malade plus prostré. Dans ce stade on constate avec le plus de netteté l'affaiblissement du choc systolique perceptible à la main et, à la vue, l'assourdissement et parfois la disparition du premier bruit, la faiblesse du pouls, sa rapidité et parfois son intermittence et son irrégularité. La pression vasculaire est très abaissée. Lorsque la convalescence s'affirme, le pouls se ralentit, prend de l'ampleur et de la force, le rythme et les bruits cardiaques se rapprochent de la normale, et tout phénomène morbide disparaît, à moins qu'il ne reste des lésions du tissu conjonctivo-vasculaire qui vont poursuivre leur évolution.

Lorsque l'affaiblissement cardiaque est manifeste, l'impulsion de la pointe du cœur n'est plus perceptible à la palpation. On ne perçoit rien, sinon une ondulation faible. L'auscultation ne laisse entendre à ce moment qu'un premier bruit du cœur sourd et affaibli, quelquefois à peine perceptible, tandis que le second bruit est encore éclatant. Dans les cas d'une extrême gravité le bruit diastolique disparaît aussi. L'accélération des battements cardiaques est toujours un indice de proche gravité et cet indice s'affirme avec plus de netteté lorsque les deux silences du cœur deviennent égaux l'un à l'autre et que le cœur bat à la façon d'un pendule (type fœtal, type embryocardique de Huchard). La régularité du rythme est quelquefois dissociée par des intermittences.

L'étude du pouls fournit un des meilleurs éléments de pronostic, parce qu'il donne des renseignements précis sur l'état du muscle cardiaque et surtout de son innervation.

D'après Liebermeister, d'un nombre de malades :

qui atteignent le chiffre de 140 pulsations, il en meurt 50 pour 100;	
qui dépassent le chiffre de 140 — — — 80 — —	
— — — 150 — — — 90 — —	

Le pouls est donc la clef du pronostic, le thermomètre des forces, suivant l'expression imagée de Hufeland; malheureusement ce signe ne fournit d'indications qu'à une période avancée; il est bien rare qu'on observe un pouls très rapide avant la fin du second septénaire; il est remarquable de constater la

discordance qui existe aux premières phases de la maladie entre le pouls et la température. Roger, Lorain, Murchison ont insisté là-dessus à plusieurs reprises; et leurs conclusions ont été communément admises. Pendant la convalescence, au contraire, le pouls reste quelquefois fréquent, tandis que la température est revenue à la normale, et le moindre mouvement, la plus légère impression morale suffisent à amener une accélération temporaire des battements cardiaques (Graves, Gueneau de Mussy, Fernet).

Le péril de l'affaiblissement du cœur commence à 120 pulsations. Dans la période d'état d'une fièvre régulière, le nombre des pulsations oscille entre 80 et 104 chez l'homme et entre 104 et 120 chez la femme.

Il n'existe aucun rapport rigoureux entre l'accélération du pouls et l'élévation de température. Murchison a observé des fièvres typhoïdes dans lesquelles la rapidité du pouls s'était abaissée au-dessous de 40 pulsations pour ne se relever qu'au moment de la convalescence. On a observé les mêmes faits dans certaines épidémies (typhus des chiens de l'Herzégovine).

Cependant, d'une manière générale, il existe un certain parallélisme entre la courbe du pouls et celle de l'évolution thermique. L'examen du choc artériel doit se faire en le mesurant aux mêmes heures, car il existe des oscillations diurnes du pouls, l'accélération peut varier d'un moment à l'autre, sous l'influence d'une fatigue, d'une émotion, d'un bain froid et le soir, au moment de la poussée fébrile le nombre des pulsations peut dépasser beaucoup celui du matin. Chez les malades traités par la méthode de Brandt, le bain froid ralentit le pouls et la répétition de l'onde sanguine est d'autant plus grande qu'on s'éloigne davantage du dernier bain froid. Le médecin doit tenir compte de cette donnée pour mesurer la valeur pronostique de la rapidité de la pulsation.

L'étude de la *forme* du pouls présente une particularité intéressante. Bien que le *dicrotisme* puisse se voir dans plusieurs infections (Marey), il n'est nulle part plus marqué que dans la fièvre typhoïde; il indique une parésie de la tunique musculaire des artères. La *force* du pouls est variable avec les individus, mais la *pression* sanguine est toujours diminuée. De 18 cent. elle tombe à 14, 12 et même 7 ou 8 cent. de mercure.

Les *irrégularités* du pouls sont l'apanage des formes graves. A une période avancée de la maladie elles dénoncent une localisation cardiaque qui expose à la mort subite.

*Symptômes fournis par l'appareil urinaire.* — Dès que commence la fièvre et surtout pendant la période d'état, les urines des typhiques sont diminuées de quantité et leur coloration est devenue rouge brunâtre, analogue à celle du bouillon de bœuf. La densité est notablement accrue; elle peut atteindre et même dépasser 1055. L'urine est très acide au début et pendant la période d'état; plus tard, au déclin de la maladie, l'urine est plus abondante, moins dense, moins acide; elle peut être neutre et parfois alcaline. Elle devient rapidement alcaline dans le verre qui la contient; aussi faut-il être prévenu de cette modification quand on recherche dans l'urine de typhique la diazo-réaction qu'on ne peut mettre en lumière dans l'urine alcaline.

Le chiffre de l'urée augmente notablement dans la première semaine (Parker, Murchison, Vogel, Griesinger, etc.); il peut alors atteindre le double et même le triple de la quantité normale; il s'abaisse au contraire pendant la période d'état jusqu'à la normale et même au-dessous (A. Robin). Cette diminution de l'urée

se voit surtout dans les formes adynamiques graves. L'acide urique est éliminé en excès pendant la période fébrile, excepté dans les cas où la nutrition est très compromise. Dans la période terminale et surtout pendant la convalescence, l'acide urique peut tomber au-dessous de la normale. Les éléments inorganiques de l'urine, les chlorures en particulier, diminuent beaucoup pendant la période d'état pour revenir au taux normal pendant la convalescence et même le dépasser un peu. Le défaut d'excrétion du chlorure de sodium pendant la période fébrile est parfois aussi complet que dans la pneumonie. Les phosphates, sulfates et carbonates subissent pendant la période d'état seulement, une diminution marquée; ils regagnent leur taux normal et même le dépassent pendant la convalescence. La leucine et la tyrosine ne se montrent que dans les cas moyens et graves; on ne les trouve pas d'ordinaire dans l'urine des malades atteints légèrement.

L'urine renferme encore, outre son pigment, des substances mal connues qui les unes appartiennent au groupe des alcaloïdes, les autres à celui des toxines microbiennes; elles tirent leur origine non seulement des germes spécifiques et non spécifiques qui ont envahi le corps des malades, mais encore des produits de métamorphose et de destruction cellulaires qui sont la conséquence de l'infection. Quand on étudie la toxicité de l'urine des typhiques par la méthode de l'inoculation intra-veineuse chez le lapin comme l'ont fait Roque et Weil, on constate que pendant le cours de la maladie et dans les quatre à cinq semaines qui suivent la convalescence le coefficient urotologique de l'urine est notablement augmenté. Il est vrai qu'on ignore dans quels éléments de l'urine réside cette toxicité et sur quelles humeurs et cellules organiques du lapin ils agissent.

Lorsque la maladie arrive à la période de déclin, la quantité d'urine augmente, sa coloration devient plus claire. Bientôt, soit à la veille de la convalescence, soit au début de celle-ci ou pendant son cours, apparaît une véritable crise polyurique caractérisée par l'excrétion de 2 litres 1/2, de 3 litres d'urine et parfois davantage. Cette polyurie, malgré l'abaissement notable de la densité de l'urine, qui de coloration foncée et de réaction acide est devenue limpide et pâle, très faiblement acide et parfois même alcaline, constitue une véritable décharge urinaire.

Un symptôme fréquent, constant même à la période d'état de la fièvre typhoïde, d'après Gubler et A. Robin, est l'albuminurie. Celle-ci se traduit tantôt par des signes cliniques inappréciables et passerait inaperçue, n'était l'examen méthodique de l'urine, et tantôt elle s'accompagne d'accidents d'une haute importance dus à l'insuffisance rénale et que j'étudierai plus loin au chapitre des complications urinaires de la maladie. L'albuminurie fait son apparition à une époque variable suivant l'intensité de l'empoisonnement typhique et aussi suivant le degré de résistance du parenchyme rénal; elle se montre d'habitude dans le cours du second et surtout du troisième septénaire, plus rarement pendant la première semaine. Le procédé de choix pour la recherche de ce symptôme est le procédé du verre conique aux trois quarts rempli d'urine fraîche et sur la paroi interne duquel on verse lentement une quantité d'acide nitrique égale à la 6<sup>e</sup> ou 8<sup>e</sup> partie du liquide total. Au bout de quelques instants, si la quantité d'albumine est abondante, un peu plus tard si elle est faible, on distingue dans le liquide des zones opaques qui se sont formées: à la partie supérieure, un disque mince formé d'urates; immédiatement au-dessous une zone claire d'une épaisseur de 2 à 3 millimètres et au-dessous de cette zone

claire, un disque plus ou moins épais, blanc opaque, moins grenu que le disque supérieur d'urates, formé par la coagulation de l'albumine. — La quantité d'albumine émise est le résultat de facteurs multiples au nombre desquels se trouve la gravité de la maladie et le degré individuel de résistance du rein. Le pronostic est sans doute aggravé par une albuminurie forte, mais tant que les symptômes d'urémie ne se sont pas dessinés d'une manière grave, le retour à la santé est possible. Parfois même des accidents urémiques manifestes se dissipent. L'albuminurie cesse en général au moment de la défervescence, à moins d'une complication intercurrente. Sa disparition n'indique pas que le rein ait retrouvé son intégrité complète et sa résistance antérieure; un trouble de la santé de violence moyenne peut faire reparaitre l'albuminurie; on voit alors se dérouler les signes d'une néphrite chronique qui évolue suivant le cycle habituel de cette inflammation. M. A. Robin a donné pour le pronostic de la fièvre typhoïde les caractères suivants tirés de l'examen de l'urine : les cas dont l'évolution se fera d'une manière favorable présentent une urine abondante couleur bouillon de bœuf, une excrétion élevée des matériaux solides, d'urée, d'acide urique, une densité forte, des sédiments peu abondants, une faible quantité d'albumine et pas d'indican, c'est-à-dire que la perméabilité du filtre rénal est complète, que son parenchyme est peu modifié par la toxicité des produits qui circulent dans l'organisme et que la pression sanguine se maintient; les cas dont l'évolution sera grave ou mortelle se caractérisent précisément par la présence de phénomènes inverses : urine rare à reflets rouges ou verdâtres, densité inférieure à la normale, chiffre des matériaux solides et surtout de l'urée abaissés, albuminurie abondante, indicanurie, c'est-à-dire que la perméabilité du filtre est compromise par l'action de poisons divers (toxine typhique, produits de la fermentation intestinale, etc.), que l'activité de la nutrition est profondément entravée, que la pression sanguine est très abaissée.

Nous verrons plus loin au chapitre du *Pronostic*, les renseignements que fournit l'étude de la diazo-réaction urinaire d'Ehrlich.

*Symptômes fournis par l'appareil génital.* — Au début de la fièvre typhoïde, l'écoulement menstruel dont la venue était proche, est en général avancé et augmenté de quantité (épistaxis utérine). Dans le cours de la maladie, les règles sont irrégulières et ordinairement peu abondantes, excepté dans les formes hémorragiques. Cependant, dans la dothiéntérie légère, dans certaines formes qu'on appelle embarras gastrique fébrile, j'ai vu l'hémorragie menstruelle mettre fin brusquement au 7<sup>e</sup> ou 8<sup>e</sup> jour à l'évolution fébrile de la maladie.

Nous étudierons plus loin les complications suppuratives et gangreneuses qui peuvent atteindre les organes génitaux.

*Symptômes cutanés.* — L'examen de la peau permet de constater dans la fièvre typhoïde des symptômes de grande importance : la présence de taches rosées lenticulaires et l'état physique de la peau au point de vue de la température, de la sécheresse et de l'humidité. La roséole typhique est formée par des taches roses ou rouges, s'effaçant toujours sous la pression du doigt ou par traction de la peau, régulièrement arrondies, d'un diamètre de 3 à 4 millimètres, ne formant pas de relief à la surface du tégument, sinon dans des cas rares où

l'on constate une très légère élevation. Chaque élément éruptif persiste de trois à cinq jours et parfois davantage, disparaissant entièrement ou laissant à sa place une légère teinte cuivrée, parfois même une minime desquamation. La roséole est d'ordinaire un signe précoce de la fièvre typhoïde. Dans mes observations personnelles, je la vois signalée dans 10 pour 100 des cas dès le premier septénaire, la plupart du temps dans le second, 5 fois dans le troisième. La durée totale de cette roséole qui se compose d'éruptions successives de taches est, d'après Murchison, de 7 à 20 jours environ; elle disparaît ordinairement avant l'arrivée de la convalescence; cependant, dans des cas rares, surtout dans les formes abortives, elle peut ne faire son apparition qu'après la chute de la fièvre. Une nouvelle éruption de taches accompagne d'ordinaire l'évolution des rechutes et peut même la précéder. La fréquence de ce symptôme de la fièvre typhoïde est donc grande; Louis l'a observée 26 fois sur 55 malades, Murchison dans les trois quarts des cas. Ma statistique personnelle, 140 fois sur 196 observations donne un chiffre qui est peut-être au-dessous de la réalité; il est bon de signaler que la fréquence des taches rosées dépend un peu de divers facteurs, l'âge, le sexe et surtout la bénignité ou la gravité de la maladie, les formes légères fournissant des taches plus discrètes et plus rares. Le siège d'élection de cette roséole est le ventre, la face antérieure de la poitrine et le dos où elle se localise parfois. Lorsque l'éruption est abondante elle peut se montrer sur les membres, bras et jambes et même sur la face. Le nombre des taches est très variable; on en compte de quelques-unes à plusieurs centaines, simulant parfois l'exanthème d'une fièvre éruptive, rougeole, rubéole, variole. Ces taches se distinguent avec le plus de netteté sur les peaux fines et blanches et par conséquent chez les enfants ou les jeunes gens.

Quelle est la cause de l'apparition de ces taches? Neuhauss ayant piqué la peau à leur niveau et pris des semences y a trouvé des bacilles d'Eberth et les a considérées comme le résultat d'embolies bactériennes. J'ai renouvelé plusieurs fois la recherche de Neuhauss et toujours d'une manière négative. On ne peut nier toutefois la valeur spécifique de ces taches lorsque leur forme, leur apparence et leur évolution sont conformes à la règle ordinaire. On a dit que dans certaines infections et en particulier dans la tuberculose aiguë à forme granulique, des taches rosées lenticulaires avaient été observées sur le ventre ou la poitrine des malades. Ces faits, qui paraissent inexplicables au moment de leur constatation (Rilliet et Barthez), trouvent un éclaircissement dans les observations récentes où l'on a constaté à l'état de combinaison l'infection tuberculeuse et l'infection typhique, comme dans le cas que j'ai observé avec Ramond. Nous avons trouvé, à l'autopsie d'un homme qui avait fourni pendant sa vie un séro-diagnostic typhique positif, d'une part l'existence d'une tuberculose granulique aiguë, visible macroscopiquement, et d'autre part la présence dans les ganglions du mésentère et dans la rate de bacilles d'Eberth décelés par la culture.

On a beaucoup discuté pour savoir quelle valeur pronostique impliquait l'abondance ou la discrétion de l'éruption typhique; des conclusions diamétralement opposées ont été émises. Je crois que l'opinion de Murchison, qu'on ne peut tirer de cette observation aucun renseignement pronostif décisif, est l'expression de la vérité.

Au point de vue de l'état physique de la peau des typhiques, le degré de chaleur correspond en général à l'élévation de la température centrale; au toucher,