

des accidents méningitiques, des convulsions, en réalité peu redoutables. L'aphasie est fréquemment signalée au début de la convalescence.

Les arthrites, les ostéomyélites, les inflammations broncho-pulmonaires, quelquefois l'adénopathie trachéo-bronchique, sont les complications préférées de la dothiéntérie de l'enfance.

Le pronostic est moins grave que chez l'adulte, puisque la mortalité ne dépasse pas 8 pour 100. — Les *rechutes* sont relativement fréquentes.

Fièvre typhoïde du vieillard. — A un âge avancé, la fièvre typhoïde n'est pas aussi rare qu'on serait tenté de le supposer (A. Josias)⁽¹⁾. La symptomatologie se signale par des anomalies nombreuses. Le début est insidieux; la céphalalgie et les épistaxis sont rares, la fièvre est peu élevée et, dans la majorité des cas, les symptômes abdominaux se montrent inconstants; les taches rosées elles-mêmes manquent parfois. Il est des cas où la fièvre typhoïde évolue suivant le type classique, mais elle ne se dépouille presque jamais d'un caractère prédominant, l'adynamie. L'affaiblissement du début s'accroît malgré la légèreté apparente des symptômes jusqu'à une période avancée de la convalescence qui est toujours traînante. La tuméfaction de la rate est moins constante et moins forte que chez l'adulte. Les complications broncho-pulmonaires sont fréquentes. La mort peut être occasionnée par une perforation intestinale.

Fièvre typhoïde des femmes enceintes. — *Fièvre typhoïde congénitale.* — Niemeyer et Rokitansky croyaient à la rareté de la fièvre typhoïde au cours de la grossesse. Cazeaux protesta contre cette affirmation, et son opinion semble aujourd'hui communément admise. La fièvre typhoïde est exceptionnelle à la suite des couches; cela est vrai, mais le fait s'explique par l'état d'isolement de la femme à ce moment, qui la soustrait à la plupart des causes de contamination⁽²⁾.

La fièvre typhoïde présente ses caractères habituels, et sa gravité n'est pas plus grande qu'à l'ordinaire. Griesinger était d'un avis différent; cet auteur observait à une époque où les *avortements* étaient souvent suivis d'infection puerpérale.

Si le pronostic n'est pas aggravé pour la mère, on ne saurait en dire autant en ce qui concerne le fœtus. Son expulsion survient dans les 2/3 des cas. Les organes du fœtus renferment le plus souvent le bacille typhique (Chantemesse et Vidal, Neuhaus, Eberth, Étienne, Marfan, etc.). Il n'y a point de lésions intestinales, car la contamination s'est faite par la veine ombilicale. L'infection des viscères du fœtus n'est pas fatale, et parfois l'examen le plus minutieux n'y peut déceler aucun micro-organisme. L'avortement peut être dû au passage des toxines seules, à travers le placenta. Tel m'a semblé être le cas pour un fœtus de trois mois que j'ai examiné à ce point de vue.

La substance agglutinante se répand le plus souvent dans l'organisme fœtal; peut-être même y est-elle formée de toutes pièces en cas d'infection. Son absence a été signalée par Achard et Bensaude, Étienne, Charrier et Apert.

⁽¹⁾ A. JOSIAS, Thèse de Paris, 1881.

⁽²⁾ Consultez VINAY, *Traité des mal. de la grossesse*, Paris, 1894, p. 698.

Fièvre typhoïde chez les obèses. — Elle se caractérise par l'hyperthermie, la tendance au collapsus cardiaque, la fréquence des hémorragies intestinales et des complications broncho-pulmonaires. Aussi le pronostic est-il très grave; la mort survient dans plus des deux tiers des cas (Lyonnet)⁽¹⁾. D'ailleurs les malades ne retirent qu'un médiocre bénéfice de la balnéation froide, à cause de leur pannicule adipeux qui entrave le rayonnement calorique. A l'autopsie, on constate la fréquence des lésions du myocarde et du foie.

Fièvre typhoïde et diabète. — La température est peu élevée; la glycosurie diminue, et disparaît même dans quelques cas. La mort en est la terminaison fréquente, à la suite le plus souvent de complications cardiaques ou hépatiques.

Fièvre typhoïde et alcoolisme. — L'évolution peut être normale ou bien marquée par de l'hyperthermie et des troubles nerveux plus ou moins intenses. La fréquence de la myocardite, de l'hémorragie intestinale, de la broncho-pneumonie rendent le pronostic des plus réservés.

Fièvre typhoïde et dermatoses. — Le plus souvent, les éruptions cutanées, antérieures à la dothiéntérie, s'effacent pendant le cours de la maladie, pour reparaitre au moment de la convalescence. Hardy pensait même que la *gale* pouvait guérir sous l'influence d'une fièvre typhoïde; le *chancre induré* s'amollit durant la dothiéntérie et reprend toute sa consistance, aussitôt la guérison survenue (Lailler).

La fièvre typhoïde revêt un caractère de gravité exceptionnelle chez des individus atteints d'*affections hépatiques, rénales ou cardiaques antérieures*. Si la guérison survient, il est de règle de constater une aggravation de la maladie primitive⁽²⁾.

J'ai signalé au chapitre des complications les altérations qui frappent certains organes, et impriment au tableau de la maladie de notables modifications. Les lésions ulcéreuses du *pharynx* (pharyngo-typhoïde) et surtout du *larynx* (laryngo-typhoïde) donnent parfois à la dothiéntérie une apparence assez particulière pour constituer une forme clinique.

La forme *cardiaque* offre une évolution clinique dans laquelle les symptômes de défaillance du myocarde occupent le premier rang. Il est exceptionnel que le cœur ne soit pas touché d'une manière plus ou moins grave dans la dothiéntérie; les symptômes très minimes passent inaperçus; ils deviennent souvent manifestes si on exerce une pression limitée sur la région précordiale; beaucoup de typhiques ont « le cœur douloureux⁽³⁾ ». On peut assister à l'apparition de souffles fugitifs dus au défaut de contraction des piliers du cœur. Les altérations légères guérissent sans laisser de traces, mais il n'est pas très rare de voir survenir, quelques années après la guérison, des troubles cardiaques, variables avec le siège, l'étendue et la gravité des lésions chroniques, qui se sont faites peu à peu suivant le mécanisme dont j'ai parlé aux chapitres de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie.

⁽¹⁾ LYONNET et MAURICE. Soc. méd. de Lyon, 1898. — A. MAURICE, Thèse de doctorat, Lyon 1898.

⁽²⁾ GIROT, Thèse de doctorat, Paris 1892.

⁽³⁾ PETER. Myocardite dothiéntérique; *Semaine médic.*, 14 mars 1891.

Gubler et Robin ont décrit une *forme rénale*, dont les symptômes un peu spéciaux rendent le diagnostic facile : sécheresse de la bouche, fréquence des vomissements, rareté de la diarrhée; douleur lombaire, œdème des jambes et de la face; urines rares, foncées et albumineuses; précocité des phénomènes cérébraux, tendance à l'adynamie, température élevée; accidents cutanés variables (pemphigus, ecthyma, furoncles), etc. La mort survient dans plus de la moitié des cas.

La *pneumo-typhoïde* ou fièvre typhoïde commençant par une pneumonie fibrineuse et se démasquant vers le huitième ou neuvième jour, quand la pneumonie entre en défervescence, est une des formes cliniques les plus curieuses de la dothiéntérie. Étudiée par M. Potain, par Gerhart et par M. Lépine, elle est, je crois, pour les raisons indiquées plus haut (voy. p. 152) une combinaison des deux infections pneumococcique et typhique, évoluant sur le même individu, après un début à peu près simultané. Puisque les deux virus se combinent volontiers dans le poumon au début ou dans le cours de la dothiéntérie, il est probable que l'association du pneumocoque et du bacille typhique existe quelquefois en dehors de la localisation pulmonaire. Je ne crois pas cependant qu'elle ait été observée. La pneumonie guérie, la fièvre, la stupeur, la diarrhée, les taches rosées et tous les symptômes classiques de la dothiéntérie évoluent comme à l'ordinaire.

La *pleuro-typhoïde* ou fièvre typhoïde présentant comme première localisation visible une pleurésie séreuse a été signalée pour la première fois par Lécorché et Talamon⁽¹⁾, puis par G. Sée et Talamon⁽²⁾, par Charrin et Roger⁽³⁾; elle a fait l'objet d'une étude très intéressante de M. Fernet⁽⁴⁾ qui, avec M. Girode, a trouvé le bacille d'Eberth dans le liquide épanché.

Après une période prodromique de malaise général de 4 à 5 semaines, la maladie débute brusquement par les signes de l'inflammation aiguë de la plèvre. Dès les premiers jours, l'élévation de la température, l'absence de rémission matinale, la prostration du malade, ne permettent pas de penser à une pleurésie simple. L'épanchement n'est pas très abondant et tend à disparaître spontanément vers le quinzième jour de la maladie.

Au début du deuxième septénaire, la diarrhée, les taches rosées, l'hypertrophie splénique et la courbe de température démasquent la dothiéntérie, dont l'évolution n'est pas très sensiblement influencée par cet exorde anormal.

A propos de la pleuro-typhoïde comme de la laryngo-typhoïde et de la pneumo-typhoïde, une question se pose : le mode de début implique-t-il une localisation primitive du bacille sur la plèvre? Dans tous les cas de pleuro-typhoïde, nous avons vu que la pleurésie avait été précédée d'une période de fièvre et de malaise pendant plusieurs semaines; la constatation du bacille typhique dans l'exsudat pleural, même dès les premiers jours de l'épanchement, ne prouve rien en faveur de l'hypothèse de la pénétration du virus par la voie pulmonaire, puisque les lésions intestinales se montrent au deuxième septénaire aussi avancées qu'elles peuvent l'être dans la forme commune de

⁽¹⁾ *Études médicales*, 1881, p. 575.

⁽²⁾ *Maladies simples du poumon*, 1886, p. 558.

⁽³⁾ Soc. méd. des hôpit., avril 1891.

⁽⁴⁾ *Idem*, mai 1891.

la maladie. Même, quand l'altération des plaques de Peyer fait défaut et que le bacille typhique existe dans l'exsudat pleural, comme dans l'observation de Charrin et Roger, on ne peut conclure à une localisation primitive du microbe sur la plèvre, parce que le malade avait de la fièvre et des taches rosées au moins dix jours avant le début de la pleurésie⁽¹⁾. Je n'insiste pas sur ces accidents pleurétiques dont j'ai déjà parlé (page 153).

La *spléno-typhoïde* se distingue cliniquement par la tendance de la fièvre à revêtir le type récurrent et par le caractère effacé des troubles intestinaux; anatomiquement, par une augmentation considérable du volume de la rate, avec des lésions de l'intestin nulles ou très peu développées; dans la plupart des cas, elles sont suffisamment dessinées pour que le diagnostic ne laisse aucun doute. Cette forme splénique présente elle-même quelques variétés :

a) La rate est volumineuse; sa capsule est le siège d'une inflammation adhésive ou exsudative avec péritonite localisée ou généralisée.

b) La rate atteint un volume énorme parce qu'il se fait des hémorragies dans son parenchyme. La fièvre est intense, elle dure de 6 à 7 semaines; puis elle fait place à une apyrexie de 8 à 15 jours, suivie d'une rechute ou reprise de la maladie qui persiste tant que dure la tuméfaction de la rate.

c) Dans cette troisième variété, la récurrence se montre d'une manière encore plus nette. La fièvre est intense dès le début; elle dure environ une semaine. Alors survient une période d'apyrexie de quelques jours suivie de fièvre, puis d'apyrexie, puis d'une nouvelle période fébrile.

Quelques-unes de ces formes atypiques se rapprochent beaucoup par leurs symptômes du typhus récurrent; elles s'en distinguent par l'absence de spirilles dans le sang. Il s'agit bien dans tous les cas de dothiéntérie, mais la raison d'une telle perturbation dans l'évolution de la maladie nous échappe.

Forme sudorale. — Borelli, puis Jaccoud⁽²⁾ ont décrit cette forme, assez fréquente en Italie, mais rare en France. Elle est caractérisée par quelques signes particuliers; la fièvre présente plusieurs paroxysmes quotidiens, suivis de sueurs profuses; les symptômes abdominaux et broncho-pulmonaires sont presque nuls. La diarrhée est absente, mais les lésions des plaques de Peyer existent, et les hémorragies intestinales ne sont pas exceptionnelles. Cette forme n'est peut-être qu'une variété de la typho-malarienne que nous allons décrire.

III. — Les formes atypiques de la dothiéntérie doivent assez souvent leur existence à la combinaison d'un virus étranger avec celui de la fièvre typhoïde. La coexistence des *fièvres éruptives* avec la dothiéntérie ne présente qu'un intérêt relatif, chacune des maladies évoluant pour son propre compte, et n'ayant d'autre relation avec la fièvre typhoïde qu'une coïncidence fortuite dans la date de leur apparition. Il est cependant nécessaire de connaître cette particularité, afin d'éviter toute confusion entre ces exanthèmes spécifiques et

⁽¹⁾ M. Fernet a observé un cas de pleurésie due au bacille d'Eberth, chez un typhique qui avait de très minimes lésions intestinales (Soc. méd. des hôpitaux, juillet 1891). — Cette observation est très comparable à celle de Vaillard et Vincent.

⁽²⁾ Jaccoud, *Semaine méd.*, 10 février 1897.

un érythème typhique, dont le pronostic est tout différent. Murchison, Siredey, Maurice Raynaud rapportent chacun des exemples où pareille erreur d'interprétation aurait pu être commise. De même chez les enfants, l'apparition d'une *roséole* en impose parfois pour une simple éruption de taches rosées lenticulaires (Rilliet et Barthez)⁽¹⁾. De même la *méningite cérébro-spinale épidémique* peut survenir au cours d'une dothiéntérie (Fitz, Wunderlich), et faire croire à une manifestation médullaire du virus typhique.

L'association de la *malaria* et de la fièvre typhoïde présente des caractères qu'il faut bien connaître. L'opinion de Boudin, qui croyait à l'antagonisme de ces deux affections, est en effet reconnue manifestement erronée.

Dès les premiers temps de la conquête de l'Algérie, Maillot (1856) avait signalé l'existence de lésions dothiéntériques chez des sujets qui avaient succombé à une fièvre réputée d'origine paludéenne. La fièvre *typho-malarienne* a été étudiée par Jacquot, Léon Colin, Woodward, Laveran, Kelsch et Kiener, etc. Elle a été la pyrexie dominante parmi les troupes françaises en Algérie et dans les armées opérant dans la vallée du Mississipi pendant la guerre de Sécession. Après la discussion qui suivit le rapport de Woodward au congrès de Philadelphie (1876), la conclusion fut que la typho-malarienne résultait de l'influence combinée des causes qui produisent la malaria et la dothiéntérie. Certaines villes (Nancy, Perpignan, etc.) assises sur d'anciens marécages, sont connues pour produire, à la suite de travaux de drainage du sous-sol, des épidémies typho-malariennes.

Les modes d'association des deux maladies diffèrent suivant les cas; tantôt la dothiéntérie réveille et active le germe de la malaria et conserve dans l'association le rôle principal; tantôt elle s'ajoute à une infection palustre en activité et tient le rôle secondaire; tantôt enfin les deux affections sont contemporaines; elles s'aggravent et se modifient réciproquement; elles constituent ainsi la forme type de la typho-malarienne. Celle-ci débute comme « une véritable fièvre intermittente quotidienne ou double tierce, dont les intervalles apyrétiques sont marqués par une adynamie profonde, et dont les accès, rebelles au sulfate de quinine, reviennent avec une intensité croissante, s'allongent et se rapprochent de plus en plus jusqu'à la continuité » (Kelsch et Kiener)⁽²⁾. Alors entre en scène le cortège des symptômes typhoïdes; l'impaludisme se traduit toujours par la teinte terreuse, la mélanémie, le gonflement douloureux du foie et de la rate, les allures irrégulières de la fièvre. Celle-ci est traversée de rémissions brusques qui abaissent la température au-dessous de la normale, au milieu de sueurs profuses ou du collapsus. Le sulfate de quinine est peu efficace.

La maladie est entrecoupée d'accès pernicieux qui se dissipent ou entraînent la mort. En cas de guérison, la défervescence se produit au terme habituel de la fièvre typhoïde. La convalescence est troublée par des accès de fièvre qui provoquent énergiquement l'apparition des désordres anatomiques de l'impaludisme chronique. La mort subite, les hémorragies intestinales, la perforation sont fréquentes, bien que d'une façon générale la typho-malarienne ne présente que des lésions intestinales peu développées (Woodward). On trouve à l'autopsie les ganglions mésentériques très hypertrophiés, le foie et la rate gros et la mélanémie. Parfois la fièvre typhoïde se dissimule complètement sous les traits

⁽¹⁾ RILLIET et BARTHEZ, T. II, p. 706.

⁽²⁾ Maladies des pays chauds, p. 544.

d'accès plus ou moins rebelles pendant lesquels surviennent rapidement l'anémie et la faiblesse. Tel est le fait cité par Kelsch et Kiener. Un jeune artilleur ayant une diarrhée simple depuis le 12 août contracte une fièvre intermittente dans la nuit du 18-19 août en montant la garde au fort, où généralement tous les soldats prennent la fièvre. Des accès complets ont lieu les 20, 22, 24, 25 et 27 août; la diarrhée disparaît avec l'invasion de la fièvre et celle-ci cède à son tour au sulfate de quinine administré énergiquement. Bien que très faible, le malade se promenait chaque jour, lorsque dans la nuit du 30 au 31 août il fut atteint d'une péritonite qui l'emporta le 1^{er} septembre. On trouva dans l'intestin plusieurs ulcères typhiques dont l'un était ouvert dans le péritoine.

On voit que l'association des deux virus favorise l'apparition des accidents graves propres à l'un et à l'autre.

Enfin la modification imprimée à la fièvre typhoïde pour la malaria de certains pays pourrait donner naissance à des formes encore plus inattendues⁽¹⁾. Telle serait une maladie qui fait des ravages chez les habitants de la Bosnie et de l'Herzégovine et qui est connue sous le nom pittoresque de *Typhus des chiens*. Après des prodromes qui durent 2 ou 3 jours, caractérisés par la lourdeur de tête, du malaise général et de la constipation, la maladie éclate par une fièvre qui s'élève brusquement à 40°. Dès le troisième jour apparaissent de la diarrhée, des épistaxis et des hémorragies intestinales. A partir du sixième jour, la fièvre tombe, mais la diarrhée et la tuméfaction de la rate persistent. Pendant toute la durée de la fièvre, le pouls est ralenti; il descend quelquefois jusqu'à 50 pulsations. La convalescence est lente et demande 5 ou 4 semaines. Dans les maisons où la fièvre typhoïde évolue avec son type classique, les seuls patients qui présentent la « fièvre canine » sont ceux qui ont été atteints par la malaria quelque temps auparavant. Les garde-robes des malades atteints de « typhus des chiens » renferment le bacille typhique⁽²⁾.

Le *typhus récurrent* peut évoluer en même temps qu'une fièvre typhoïde⁽³⁾; la fièvre présente alors, à heures fixes, des exacerbations qui lui donnent tous les caractères d'une fièvre rémittente. Mais le plus souvent il est nécessaire de pratiquer l'examen du sang, afin de pouvoir affirmer la coexistence de ces deux affections.

Fièvre typhoïde et choléra. — Cette association n'est pas exceptionnelle, et M. Galliard en a pu rapporter deux exemples. Au début d'une épidémie cholérique, les autres maladies épidémiques paraissent s'effacer. Mais dès que les attaques de choléra deviennent moins intenses, leur exclusivisme s'atténue et, à côté du choléra, on voit évoluer d'autres affections, telles que la fièvre typhoïde (G. de Mussy).

Fièvre typhoïde et dysenterie. — La dysenterie s'établit surtout chez les convalescents de fièvre typhoïde, et elle est alors très grave, puisqu'elle amène la mort dans plus de la moitié des cas (Laveran).

⁽¹⁾ Karlinski, *Berl. klin. Wochens.* 1888.

⁽²⁾ Cette modification du virus typhique chez les anciens paludéens se comprend facilement, si l'on se rappelle que chez eux, les spirochetes qui se montrent dans le sang à l'occasion d'une attaque de fièvre récurrente n'acquièrent pas leurs dimensions ordinaires. Ils ne décrivent en général qu'un ou deux tours et n'atteignent jamais la longueur du diamètre d'un globule rouge.

⁽³⁾ N. Ipp, *Bolnitch. Gaz. Botkin.* 1896.

Fièvre typhoïde et grippe. — La grippe se rencontre souvent au début de la dothiéntérie (Potain); l'existence du catarrhe oculo-nasal et bronchique, la courbature, les douleurs articulaires, etc., rétrocedent en leur temps, et la fièvre typhoïde évolue suivant son type normal (Murchison, G. de Mussy).

Fièvre typhoïde et érysipèle. — L'apparition de l'érysipèle coïncide parfois avec celle de la fièvre typhoïde; le plus souvent l'érysipèle survient à la période d'état de la dothiéntérie. Il s'agit alors d'une infection secondaire, dont la porte d'entrée et par conséquent le siège sont des plus variables. L'invasion est marquée par une recrudescence de la fièvre. C'est un accident grave, qui montre combien l'association du streptocoque et du bacille d'Eberth est redoutable pour l'homme.

Fièvre typhoïde et fièvre puerpérale. — La proposition précédente est également vraie dans ce cas. L'infection utérine se produit chez la femme enceinte, à l'occasion de l'avortement qui est presque la règle en pareil cas⁽¹⁾. Griesinger a cité des cas de fièvre puerpérale foudroyants chez des femmes atteintes d'une fièvre typhoïde normale.

Fièvre typhoïde et diphtérie. — Quoique rare, cette association est plus fréquente que celle de la dothiéntérie avec la variole ou la scarlatine. Elle survient à la période d'état, gagne le pharynx, ou recouvre les eschares, les plaies de vésicatoire. Cette complication entraîne presque toujours une mort rapide.

Fièvre typhoïde et tuberculose. — Rilliet et Barthez, Revilliod croyaient à l'antagonisme de ces deux affections. Cette opinion est inexacte malheureusement. L'apparition d'une fièvre typhoïde met souvent en évidence une lésion tuberculeuse latente jusqu'alors, ou bien favorise l'apparition ultérieure de la phthisie (Landouzy). La fièvre typhoïde et la granulie peuvent évoluer simultanément; les cas n'en doivent pas être exceptionnels puisque dans le courant de l'année dernière L. Guinon et Meunier, et moi-même avec M. Ramond en avons rapporté chacun un exemple⁽²⁾.

MARCHE — DURÉE — TERMINAISONS — RECHUTES RÉCIDIVES — IMMUNITÉ

L'évolution de la fièvre typhoïde présente trois périodes ordinairement bien distinctes : période d'infection progressive qui se termine par l'éruption des taches rosées lenticulaires; période d'infection typhique totale; période de solution. — Ces trois stades se retrouvent chez tous les patients avec des variations de durée et de gravité suivant les formes de la maladie et suivant les individus. L'activité du virus, la dose absorbée, l'âge des malades, les complications acci-

⁽¹⁾ D. CHELLIER, Thèse de doctorat, Paris 1894.

⁽²⁾ Soc. méd. des Hôp. 1897.

dentelles, interviennent pour modifier l'allure normale de la dothiéntérie. Sans revenir sur les faits précédemment exposés, il me suffira de rappeler combien le tableau de la dothiéntérie de l'enfant⁽¹⁾ diffère de celui qu'on observe chez le vieillard.

Les transitions entre les périodes de la fièvre typhoïde ne sont pas soudaines et la durée de la maladie oscille entre quelques jours et quelques mois: ce sont là, il est vrai, des limites extrêmes qui ne sont point observées dans les formes communes. La durée moyenne de celles-ci est comprise entre 3 ou 4 semaines; elles se prolongent fréquemment dans le cas de résolution tardive jusqu'à la sixième, septième et huitième semaine⁽²⁾. — Il y a une relation étroite entre la durée de la maladie et sa gravité; les formes graves sont le plus souvent longues ou moyennes; les formes légères sont moyennes ou courtes; toutefois les morts rapides ne sont pas exceptionnelles au début des épidémies les plus violentes.

La termination se fait par une guérison complète, incomplète, ou par la mort.

La guérison complète suit les formes légères, moyennes et même graves. Parfois le patient sorti de la fièvre typhoïde se retrouve gratifié d'une santé plus robuste qu'avant sa maladie; le tempérament est modifié au point que certains états morbides constitutionnels disparaissent; les migraineux peuvent être débarrassés de leur mal pendant un certain temps. Les changements profonds survenus dans tous les tissus, la rénovation cellulaire qui en a été la conséquence, rendent compte de l'activité nouvelle de la nutrition. Cependant, même en pleine convalescence confirmée, il se produit souvent des *crises fébriles* brusques, de courte durée (Bouveret)⁽³⁾, n'entachant en rien l'état général, et bien différentes, par tous ces caractères, de l'ascension thermique de la rechute. J'ai vu cependant quelques-unes de ces crises durer plusieurs jours et simuler une rechute, bien qu'il n'y eût ni diarrhée, ni taches rosées, ni réaction diazoïque. Ces crises doivent être comparées aux accès de tachycardie, si fréquentes au décours de la fièvre typhoïde, et traduisent un état d'irritabilité considérable du système nerveux (Da Costa). La moindre complication, telle qu'un furoncle, un léger trouble digestif, ou bien une simple émotion en sont parfois l'unique point de départ.

Mais les altérations cellulaires peuvent avoir dépassé le degré compatible avec la restitution de l'intégrité première; il s'est créé des lésions de divers organes, des modifications de la substance nerveuse centrale ou périphérique, des endartérites, etc., qui expliquent les séquelles précoces ou éloignées de la dothiéntérie, les troubles de l'intelligence, de la mémoire, les paralysies, les maladies chroniques du système nerveux, les néphrites, les cardiopathies à échéance lointaine, etc.

Parfois la fièvre typhoïde guérie laisse comme reliquat une infection typhique localisée, qui persiste pendant des mois ou des années sous la forme chronique.

Depuis quelques années, les chiffres de la mortalité paraissent avoir subi une diminution; les raisons de cet heureux changement sont multiples; une part revient certainement aux progrès de la thérapeutique.

⁽¹⁾ Voyez sur ce sujet la remarquable étude de M. CADET DE GASSICOURT, *Traité des maladies de l'enfance*.

⁽²⁾ BERNHEIM, Évolution de la f. typhoïde, *Congrès de Méd. Int.*, Nancy, 1896.

⁽³⁾ BOUVERET, *Lyon Médical*, 1892.