

La néphrite typhoïdique se produit presque toujours d'une façon insidieuse et elle passe souvent inaperçue au début si l'on n'a pas soin d'examiner les urines. Les malades sont d'ordinaire convalescents de la fièvre typhoïde lorsqu'ils accusent de l'œdème de la face ou des membres inférieurs; les urines sont peu abondantes, assez chargées d'albumine; bientôt l'anasarque augmente et se généralise. Les symptômes sont en somme ceux de la néphrite épithéliale dans la majorité des cas. Sous l'influence d'un traitement rationnel (régime lacté), on voit les symptômes s'amender et la guérison complète est assez fréquente; mais on peut voir survenir aussi les accidents graves de l'éclampsie ou bien la néphrite passe à l'état chronique.

La thyroïdite, la splérite suppurée, l'orchite, sont des complications plus rares. L'un de nous a vu l'orchite survenir chez trois convalescents de fièvre typhoïde en dehors de toute uréthrite; Hanot et Ollivier ont publié plusieurs faits du même genre (Hanot, *Arch. gén. de méd.*, 1878. — A. Ollivier, *Revue de médecine*, 1883, p. 829 et 960). L'orchite des typhoïdiques intéresse également l'épididyme et le testicule, elle se termine quelquefois par suppuration. La cause occasionnelle des orchites typhoïdiques qui constituent d'ailleurs un accident rare, pourrait bien être dans les traumatismes, dans les froissements auxquels les testicules sont exposés chez des malades qui plongés dans le délire ou l'hébétéude de l'état typhoïde ne peuvent plus prendre aucun soin d'eux-mêmes.

La pneumonie est une des phlegmasies qui viennent le plus souvent compliquer la marche de la fièvre typhoïde. Il ne s'agit pas d'une pneumonie lobaire franche; le frisson initial, le point de côté, les crachats rouillés font souvent défaut, aussi la pneumonie des typhoïdiques est-elle insidieuse, il faut examiner la poitrine tous les jours, particulièrement en arrière, vers les bases.

Rechutes. Récidives. — Il n'est pas très rare de voir des malades faire coup sur coup deux fièvres typhoïdes, ou en d'autres termes, d'observer une *récidive* pendant la période de convalescence qui suit une première atteinte de fièvre typhoïde. Rilliet et Barthez, Grisolle, Griesinger, Murchison, Human, Buhl, Mabboux, Lorain, Maurice Raynaud ont publié un certain nombre de ces faits et nous en avons observé nous-mêmes de nombreux exemples. La fièvre a complètement disparu, le malade commence à se lever et à manger lorsqu'il accuse du malaise, de la lassitude, de la céphalalgie, de l'insomnie; la température remonte et l'on voit

revenir tous les symptômes de la fièvre typhoïde: diarrhée, douleurs dans la fosse iliaque droite, taches rosées, symptômes nerveux et thoraciques, etc. Après une période d'état de durée variable, la défervescence se fait comme la première fois par des oscillations descendantes (fig. 6). On a beaucoup discuté la question de savoir s'il fallait donner à ces *retours* de fièvre typhoïde le nom de *rechutes* ou celui de *récidives*. Les malades font coup sur coup deux fièvres typhoïdes bien distinctes, bien caractérisées par la réapparition des symptômes et des lésions intestinales, l'expression de *récidive* paraît donc très convenable; mais, si l'on se place au point de vue étiologique, celle de *rechute* est admissible, car il est probable que c'est la même maladie qui recommence sur de nouveaux frais, qui *repique*, comme disait Trousseau, une première atteinte n'ayant pas suffi à épuiser la prédisposition individuelle. Il convient, ce nous semble, d'adopter le mot de *récidive* pour ces cas et de réserver celui de *rechute* pour ceux où la fièvre reparait sous l'influence d'excès de régime ou de complications inflammatoires.

Nous avons vérifié plusieurs fois cette assertion de Griesinger que les fièvres typhoïdes de *récidive* sont, en général, plus légères que les premières atteintes et qu'elles se terminent rarement par la mort. Dans les cas où les malades succombent, on constate à l'autopsie des lésions des plaques de Peyer en voie de cicatrisation se rapportant à la première atteinte et d'autres en voie d'ulcération qui correspondent à la deuxième.

Des complications inflammatoires et une période amphibole très prolongée (fig. 5) peuvent simuler une *récidive*.

La fièvre typhoïde *récidivée* ne saurait être confondue avec le typhus à *rechute*, l'évolution des deux maladies est bien différente, ainsi qu'on peut s'en assurer en jetant un simple coup d'œil sur les figures 6 et 9. Du reste, le typhus à *rechute* n'engendre jamais la fièvre typhoïde, et il ne s'accompagne pas de lésions des plaques de Peyer.

Il n'est pas fréquent que la fièvre typhoïde *récidive* plusieurs mois ou plusieurs années après une première atteinte; nous croyons cependant que les auteurs ont exagéré la rareté de cet accident dont nous avons rencontré plusieurs exemples, les *récidives* à longue échéance frappent moins l'esprit de l'observateur que celles qui surviennent chez les malades qui, à peine convalescents, n'ont pas encore quitté l'hôpital et on néglige souvent de les enregistrer.

Mort subite. — Un malade est arrivé à la période de déferves-

cence de la fièvre typhoïde ou même au début de la convalescence et tout permet d'espérer une heureuse issue, lorsque tout à coup, au moment où il se lève, ou même étant assis ou couché dans son lit, on le voit pâlir et s'affaïsser, les membres s'agitent convulsivement, le cœur s'arrête; on observe encore quelques mouvements respiratoires à longs intervalles, puis au bout de quelques minutes tout est fini. A l'autopsie on ne trouve en général aucune lésion capable d'expliquer cette mort par syncope.

On a proposé dans ces dernières années plusieurs théories de la mort subite dans la fièvre typhoïde; on a invoqué en particulier l'altération des fibres et des petits vaisseaux du cœur, altération qui, malheureusement pour cette théorie, fait souvent défaut; l'anémie cérébrale et bulbaire fournit, croyons-nous, l'explication la plus rationnelle de cette mort subite par syncope qui n'est pas un accident particulier à la fièvre typhoïde; on l'a observée, en effet, dans toutes les maladies qui s'accompagnent d'un appauvrissement considérable du sang: dans l'anémie, dans la leucémie, dans la cachexie palustre, etc. L'altération du cœur joue sans doute le rôle de cause prédisposante lorsqu'elle existe, mais il est aujourd'hui bien démontré que la mort subite peut se produire dans la fièvre typhoïde en dehors de toute altération des fibres ou des vaisseaux du cœur.

Chez les malades atteints de fièvre typhoïde avec complications thoraciques, il n'est pas rare que des caillots se forment dans le cœur, et ces caillots peuvent être la cause de la mort subite; Marvaud a publié des faits très probants à cet égard, mais cette explication de la mort subite ne s'applique qu'à un petit nombre de cas. Le plus souvent la mort survient au début de la période de convalescence, en dehors de toute complication thoracique, la syncope n'est annoncée par aucun trouble cardiaque, enfin à l'autopsie on ne trouve pas de caillots dans le cœur.

DURÉE. TERMINAISONS. CONVALESCENCE. — La durée de la fièvre typhoïde, qui est de vingt et un jours dans les formes moyennes, peut s'abaisser à huit ou dix jours dans les fébricules typhoïdes; dans les formes graves, compliquées, elle est, au contraire, bien plus considérable.

La mort peut résulter de l'intensité même de la fièvre qui dès le début prend un caractère exceptionnel de gravité, les malades sont comme sidérés, ils succombent rapidement à cette espèce d'empoisonnement; plus souvent la mort arrive à la suite de complications: pneumonie, péritonite par perforation, syncope, etc.

La convalescence est longue dans la plupart des cas, et demande à être surveillée de très près, car elle peut être traversée par un grand nombre d'accidents ou de complications. L'intelligence est souvent affaiblie, on observe la perte de la mémoire dans les cas les plus graves et quelquefois des troubles de la motilité ou de la sensibilité. L'amaigrissement est extrême, les forces ne reviennent que peu à peu; l'alimentation doit être à cette époque l'objet des principales préoccupations; tantôt on a à lutter contre les désirs des malades qui demandent sans cesse des aliments plus substantiels; tantôt, au contraire, il faut s'ingénier pour réveiller l'appétit et la puissance digestive qui est comme engourdie; chez les malades qui ont subi des fièvres typhoïdes de très longue durée, on observe parfois un fait analogue à celui que présentent les individus soumis à une longue inanition, les aliments sont mal supportés et rejetés par le vomissement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — a. *Altérations intestinales.* — Ainsi que Louis l'a démontré, la fièvre typhoïde est caractérisée au point de vue anatomique par des altérations constantes des plaques de Peyer.

L'intensité des lésions intestinales est très variable, tantôt on trouve à l'autopsie une quinzaine de grandes ulcérations correspondant aux plaques de Peyer, sans compter les petites ulcérations qui siègent dans les follicules isolés, tantôt les plaques malades sont au nombre de deux ou trois seulement; c'est toujours au voisinage de la valvule iléo-cæcale que la lésion intestinale se produit avec le plus d'intensité, et dans bon nombre de cas elle est limitée aux plaques et aux follicules isolés qui sont voisins de cette valvule. Le gros intestin est souvent épargné, cependant les follicules isolés, qui s'y trouvent en assez grand nombre, peuvent subir la même altération que ceux de l'intestin grêle; on a même cité des cas exceptionnels dans lesquels les lésions étaient localisées dans le gros intestin.

Dès le cinquième jour de la fièvre typhoïde les plaques de Peyer sont tuméfiées, cette tuméfaction augmente de plus en plus et aboutit à l'ulcération; sur un même sujet mort au quinzième jour de la fièvre par exemple, on peut le plus souvent suivre les différentes phases de l'altération, parce que cette altération n'évolue pas en même temps dans toutes les plaques: c'est ainsi qu'on observe des ulcérations bien détergées au voisinage de la valvule iléo-cæcale, tandis que les plaques de Peyer situées au-dessus sont en voie d'ulcération et que les plus élevées sont seulement tuméfiées;

une même plaque n'est souvent ulcérée que sur quelques points. Pour la facilité de la description nous décrivons : 1° la phase d'infiltration des plaques ; 2° la phase d'ulcération ; 3° la phase de cicatrisation ou de réparation.

1° *Infiltration des plaques.* — Les plaques de Peyer tuméfiées forment une saillie plus ou moins marquée à la surface de la muqueuse ; tantôt la muqueuse reste souple et se laisse plier facilement quand on saisit la plaque entre le pouce et l'index, *plaque molle de Louis* ; tantôt au contraire l'induration est très marquée et la plaque résiste quand on essaye de la plier, *plaque dure de Louis* ; dans les deux cas, le processus anatomique est le même, à l'intensité près. La lésion initiale consiste en une hyperplasie du tissu adénoïde des follicules isolés ou agglomérés ; en étudiant au microscope des coupes de la muqueuse passant par les plaques infiltrées, il est facile de constater que l'altération ne se limite pas aux follicules et qu'elle s'étend d'une part à la muqueuse, d'autre part à la musculature et même au péritoine. En examinant des coupes faites sur des plaques dures à la phase d'infiltration, on observe ce qui suit : la plaque de Peyer considérablement hypertrophiée occupe toute l'épaisseur de la celluleuse et forme une forte saillie à la surface muqueuse, on distingue du reste les éléments normaux du tissu lymphatique ; la muqueuse est tendue sur cette tumeur et les villosités intestinales ont en grande partie disparu par déplissement de la muqueuse ; entre les glandes en tubes il existe du tissu de nouvelle formation constitué par des éléments embryonnaires ou lymphatiques et les glandes en tubes sont allongées, probablement par suite du développement des cloisons intermédiaires (Cornil) ; entre les faisceaux transversaux et longitudinaux des fibres lisses de la musculature profonde, on observe la même accumulation d'éléments de nouvelle formation, et l'infiltration s'étend souvent jusqu'au péritoine qui est épaissi et enflammé ; cela permet de comprendre pourquoi la péritonite peut se produire à la phase d'infiltration des plaques.

D'après Klebs, il existe toujours des bacilles dans les plaques infiltrées.

2° *Ulcération.* — Les ulcérations intestinales se présentent sous deux aspects qui correspondent aux deux variétés de la période d'infiltration ; tantôt l'ulcération se fait lentement, progressivement, par gangrène moléculaire, c'est ce qu'on observe dans les plaques molles, tantôt des portions entières de la plaque tuméfiée et des tissus adjacents sont frappées de mort ; on observe à la

surface des ulcères des amas de matières blanchâtre, jaunâtre ou verdâtre (coloration par la bile) qui adhèrent plus ou moins à la paroi intestinale et qui constituent des espèces de bourbillons ; on a donné à ces produits d'élimination, remarquables surtout chez les sujets qui ont des plaques dures, le nom de *matière typhique*. Le péritoine participe quelquefois à la mortification et alors, au moment de la chute des eschares, on voit se produire une péritonite aiguë par perforation. L'inflammation peut aussi s'étendre au péritoine sans qu'il y ait perforation.

Les ulcérations typhoïdiques sont généralement faciles à distinguer des ulcérations tuberculeuses : ces dernières ont souvent une forme annulaire, leur grand axe étant perpendiculaire à celui de l'intestin, tandis que les ulcérations typhoïdiques sont dirigées longitudinalement, leur grand axe étant parallèle à celui de l'intestin, et situées, comme les plaques de Peyer qu'elles occupent, à l'opposé de l'insertion du mésentère. Si les ulcérations tuberculeuses avaient toujours une forme annulaire, leur diagnostic différentiel avec les ulcérations typhoïdiques ne présenterait aucune difficulté ; mais il faut bien savoir qu'elles se développent parfois dans les plaques de Peyer et qu'elles simulent alors parfaitement les ulcérations typhoïdiques ; dans ce cas, on trouve en général des tubercules sur la surface péritonéale qui correspond aux ulcérations, de telle sorte qu'il suffit de retourner l'intestin pour reconnaître la véritable nature de l'altération. Nous reviendrons sur les lésions de la tuberculose intestinale, lorsque nous occuperons des maladies des voies digestives, mais nous devons indiquer ici les principaux caractères différentiels des ulcérations typhoïdiques et des ulcérations tuberculeuses, car la fièvre typhoïde et la tuberculose aiguë sont souvent confondues et, même à l'autopsie, on est quelquefois embarrassé pour reconnaître la véritable nature des lésions intestinales.

3° *Phase de cicatrisation, de réparation.* — Le fond des ulcérations se déterge et laisse souvent voir les fibres transversales de la musculature ; les bords, qui étaient élevés, fongueux, inégaux à la phase précédente, s'affaissent et se régularisent ; la plaie bourgeonne, il se forme une cicatrice lisse et molle qui, par suite de sa limitation à une partie de la circonférence de l'intestin, ne donne jamais naissance à des rétrécissements. Il est probable que les plaques de Peyer se réparent en partie, ainsi que la muqueuse ; sur les cadavres des individus qui succombent à d'autres maladies que la fièvre typhoïde, il est rare, malgré l'extrême fréquence de cette maladie, de noter la disparition des

plaques de Peyer, et au bout d'un certain temps il devient tout à fait impossible de dire, d'après l'examen de l'intestin, s'il y a eu une fièvre typhoïde antérieure.

On peut se demander si la localisation de l'entérite dans les plaques de Peyer et dans les follicules clos isolés tient à ce que l'agent morbide, sous l'influence duquel se développe la fièvre typhoïde, a une sorte d'élection pour ces glandes, ou bien si les plaques de Peyer et les follicules clos s'ulcèrent simplement parce qu'ils sont les points faibles de la muqueuse intestinale, ceux qui s'enflamment le plus aisément. Cette deuxième hypothèse nous paraît la plus vraisemblable ; l'entérite aiguë a en effet de la tendance à se localiser dans les follicules clos isolés ou agglomérés alors même qu'elle est tout à fait indépendante de la fièvre typhoïde. Lorsque, sous l'influence d'une cause quelconque, il se produit un étranglement interne de l'intestin grêle, portant, par exemple, sur le tiers inférieur de cet intestin et que le malade succombe aux accidents de l'étranglement, il arrive souvent qu'à l'autopsie on observe ce qui suit : le bout inférieur de l'intestin grêle est parfaitement sain, les plaques de Peyer ne sont pas altérées ; dans le bout supérieur de l'intestin grêle, c'est-à-dire au-dessus de l'étranglement, on observe au contraire des ulcérations qui sont exactement limitées aux plaques de Peyer et qui rappellent complètement l'aspect des ulcérations des typhoïdiques ; lorsqu'il y a eu perforation de l'intestin, la perforation siège d'ordinaire au niveau d'une des plaques de Peyer ulcérées. Dans ce cas cependant l'entérite a été produite simplement par l'irritation due à la rétention des matières et à l'action des purgatifs (huile de ricin, etc.) ; une irritation de cause banale peut donc produire des effets analogues à ceux de l'irritation spécifique dont la muqueuse intestinale est le siège chez les typhoïdiques.

L'estomac est quelquefois le siège de lésions inflammatoires qui peuvent aboutir à la formation d'ulcérations plus ou moins étendues. Ces lésions de l'estomac ont été bien étudiées et bien décrites par A. Chauffard (thèse, Paris, 1882).

b. *Altérations des ganglions mésentériques et de la rate.* — Ces altérations, qui sont de même ordre que celles des follicules isolés ou agminés de l'intestin, ont une évolution analogue à celle des lésions des plaques de Peyer, mais la terminaison par résolution est ici la règle, la suppuration est l'exception. Les glandes mésentériques voisines de la valvule iléo-cæcale sont les plus fortement atteintes, elles forment quelquefois dans la fosse

iliaque droite des tumeurs assez volumineuses. Un ou deux ganglions peuvent suppurer, il en résulte des accidents graves : péritonite, abcès iliaque ; la coque des ganglions suppurés renferme parfois des parties sphacelées.

Il arrive quelquefois qu'à l'incision d'un des ganglions mésentériques tuméfiés il s'écoule un liquide lactescent ; l'examen histologique montre que cet aspect est produit par la présence de bacilles en très grand nombre dans de la sérosité qui renferme d'ailleurs un très petit nombre de globules de pus.

Eberth recommande les procédés suivants pour constater l'existence des bacilles dans les ganglions lymphatiques des typhoïdiques :

1° Des fragments des ganglions mésentériques sont durcis dans l'alcool, puis des coupes histologiques sont pratiquées et éclaircies par l'acide acétique ; sur ces coupes les amas de bacilles apparaissent comme des taches d'un gris brun.

2° On racle avec un scalpel la coupe d'un ganglion et l'on étale sur une lame de verre porte-objet le produit du raclage ; quand le suc est en partie desséché, on colore la préparation à l'aide du violet de méthyle, et l'on monte dans le baume du Canada.

L'existence des bacilles a été constatée également dans la rate.

La rate est augmentée de volume, ramollie, friable, quelquefois réduite à l'état de *bouillie splénique* qu'un filet d'eau peut entraîner. La tuméfaction se complique dans quelques cas d'une véritable inflammation : périssplénite ou splénite suppurée. La rate peut enfin se rompre en donnant lieu à des hémorragies intrapéritonéales presque toujours mortelles.

c. *Altérations du sang.* — Le sang est liquide ou cailleboté dans le cœur, poisseux ; on l'a comparé avec raison à de la *gelée de groseilles*. La proportion des leucocytes est augmentée pendant le premier septénaire, cette leucocytose disparaît au moment de l'ulcération des plaques de Peyer (Malassez, Brouardel). On trouve dans le sang, notamment dans les réseaux veineux de la rate et de la moelle osseuse, de grandes cellules lymphatiques renfermant chacune, outre leurs noyaux propres, deux à six globules rouges, les uns intacts, les autres réduits en fragments arrondis (Cornil) ; à une période avancée de la fièvre il existe une diminution notable dans la proportion des globules rouges et par suite de l'hémoglobine.

L'examen histologique du sang, fait pendant la vie, révèle très rarement la présence de bacilles identiques à ceux dont nous avons

signalé plus haut l'existence dans les plaques de Peyer, dans les ganglions mésentériques et dans la rate.

d. *Lésions dégénératives et inflammatoires.* — Les lésions dégénératives dont il a été question à propos de la fièvre en général prennent ici une intensité peu commune, qui s'explique par l'acuité et la longue durée du processus fébrile; quant aux lésions inflammatoires, elles se produisent surtout à une période avancée de la maladie.

La dégénérescence vitreuse des muscles est presque constante, particulièrement dans les psoas iliaques et dans les grands droits de l'abdomen; ces derniers muscles sont assez souvent le siège d'hémorragies, par suite de la rupture des faisceaux malades; la dégénérescence peut s'étendre aux muscles de la respiration et au cœur, qui présente alors une teinte *feuille morte* et une flaccidité particulière. L'examen histologique est toujours indispensable pour apprécier la dégénérescence avec certitude, l'anémie des parois cardiaques simule très bien à l'œil nu une dégénérescence avancée.

Le foie et les reins subissent dans bon nombre de cas une dégénérescence granuleuse ou granulo-graisseuse. Fréquemment aussi les reins sont le siège d'altérations inflammatoires; la néphrite typhoïdique se rapproche tantôt de la néphrite épithéliale, tantôt de la néphrite mixte, tantôt de la néphrite interstitielle suppurée.

Les lésions dégénératives des centres nerveux sont en général peu marquées.

Parmi les lésions inflammatoires les plus communes, nous citons, outre la péritonite qui se rattache directement aux lésions intestinales: la pneumonie lobaire, lobulaire ou plus souvent hypostatique, cette dernière caractérisée par une *splénisation* des lobes inférieurs (les alvéoles pulmonaires renferment un grand nombre de globules du sang au milieu des éléments inflammatoires, d'où la coloration noirâtre du parenchyme), la pleurésie, beaucoup plus rare que la pneumonie, la laryngite œdémateuse ou ulcéreuse, les abcès du larynx, avec ou sans nécrose des cartilages, la néphrite épithéliale ou interstitielle, la cholécystite suppurée ou ulcéreuse, pouvant donner lieu à une péritonite par propagation ou par perforation, la gastrite simple ou ulcéreuse, les abcès musculaires, l'artérite, la phlébite, etc.

DIAGNOSTIC. — Facile quand les malades sont arrivés à la période d'état et que les symptômes typhoïdes sont bien prononcés, le diagnostic est souvent incertain au début de la maladie, il faut alors attendre pour se prononcer d'une façon définitive. Les symp-

tômes les plus importants au point de vue du diagnostic sont: 1° la fièvre avec son évolution typique; 2° la douleur à la pression dans la fosse iliaque droite et la diarrhée qui l'accompagne le plus souvent; 3° les taches rosées, si la maladie est arrivée au huitième jour ou au delà; 4° les symptômes nerveux: prostration, faiblesse, vertiges, céphalalgie, bourdonnements d'oreilles, délire, etc.

Wunderlich a insisté sur les services que peut rendre la thermométrie au point de vue du diagnostic de la fièvre typhoïde, et il a formulé les deux propositions suivantes qui sont vraies dans la grande majorité des cas, mais qui cependant ne doivent pas être regardées comme des règles absolues: 1° toute maladie dans laquelle la température, le soir du quatrième jour, n'atteint pas 39°,5, n'est pas une fièvre typhoïde; 2° toute maladie dans laquelle la température atteint dès le premier soir 40 degrés n'est pas une fièvre typhoïde. Nous avons dit plus haut qu'il existait des formes apyrétiques, très rares à la vérité, mais très graves par le fait même qu'elles sont souvent méconnues.

On peut confondre la fièvre typhoïde avec un grand nombre de maladies, en particulier avec les fièvres éphémères ou gastriques, avec le typhus, la fièvre continue palustre, la pneumonie et la bronchite typhoïdes, la méningite cérébro-spinale, la tuberculose aiguë. Nous insisterons sur les caractères qui permettent de distinguer ces maladies de la fièvre typhoïde, quand nous nous occuperons de chacune d'elles en particulier. Le diagnostic avec la fièvre éphémère et la fièvre gastrique est en général facile; la fièvre éphémère présente une ascension brusque, dès le premier soir la température s'élève à 40 degrés, la défervescence suit de très près la période d'ascension, elle se fait par une crise et l'on voit apparaître des groupes d'herpès qui sont rares dans la fièvre typhoïde. Nous avons déjà parlé du diagnostic différentiel de la fièvre gastrique avec la fièvre typhoïde.

PRONOSTIC. MORTALITÉ. — La gravité de la fièvre typhoïde varie avec les épidémies et aussi avec les observateurs, suivant qu'ils admettent ou non dans leurs statistiques les fébricules typhoïdes; on s'explique ainsi les différences considérables qui existent entre les chiffres de mortalité fournis par les auteurs, chiffres qui vont de 10 pour 100 (Delarrouque) à 36,23 pour 100 (Louis). Jaccoud, en additionnant des statistiques qui portent sur près de 50 000 cas et dans lesquelles on peut penser que les épidémies légères compensent les épidémies graves, est arrivé à une mortalité moyenne de 20 pour 100; Murchison et Griesinger donnent un

chiffre analogue : 18 à 20 pour 100. La connaissance que nous avons aujourd'hui des formes légères de la fièvre typhoïde, formes très fréquentes dans certaines épidémies, aura sans doute pour conséquence d'abaisser le chiffre de la mortalité donné par les anciens auteurs.

L'âge exerce une influence manifeste sur la marche de la fièvre typhoïde, qui est beaucoup plus grave chez l'adulte que chez l'enfant et l'adolescent.

Parmi les symptômes qui ont le plus d'importance au point de vue du pronostic, nous citerons : l'intensité et la continuité de la fièvre, et en second lieu l'acuité plus ou moins grande des symptômes nerveux. L'abondance de l'éruption de taches rosées a été donnée comme un signe favorable, en tous cas elle n'aggrave pas le pronostic; nous avons vu guérir des malades chez lesquels les taches rosées étaient extrêmement nombreuses et s'observaient, non seulement sur le tronc, mais sur les membres et jusque sur la face. Nous nous sommes expliqué déjà sur la valeur pronostique des hémorrhagies intestinales. Même dans les cas les plus légers il faut faire quelques réserves, car un accident impossible à prévoir, syncope, perforation intestinale, etc., peut se produire.

PROPHYLAXIE. TRAITEMENT. — Il faut éloigner des lieux où règne la fièvre typhoïde tous les individus qui présentent une prédisposition tenant à l'âge ou bien au non-acclimatement et faire disparaître toutes les causes générales d'infection qui, nous l'avons vu, favorisent le développement épidémique de la maladie. Dans les hôpitaux il est bon d'isoler les typhoïdiques, surtout si la fièvre typhoïde est épidémique; on désinfectera avec soin les matières fécales et les literies souillées ou non par ces matières.

Nous devons dire quelques mots des dangers que pourrait présenter le groupement des malades atteints de fièvre typhoïde dans une même salle, car c'est là une des objections qui ont été faites à l'isolement des typhoïdiques dans les hôpitaux.

Si les typhoïdiques sont réunis dans une salle vaste et bien aérée, si chacun des malades a un lit de rechange à sa disposition, et si, par conséquent, l'intervalle laissé entre les lits est le double de l'intervalle ordinaire, nous croyons qu'il n'est pas à craindre que la maladie se montre plus sévère dans ces conditions que dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire lorsque les typhoïdiques sont soignés dans les salles communes. Lorsque dans un service d'hôpital on sépare les typhoïdiques des autres malades pour les réunir dans une même salle, non seulement l'état des typhoïdiques ne s'aggrave pas, mais on observe même en général une légère

amélioration dans leur état. Les malades atteints de fièvre typhoïde ont un grand besoin de repos, de silence, et leur état s'aggrave souvent quand ils ont autour d'eux des malades qui, atteints d'affections légères, jouent et causent bruyamment quand ils ne fument pas, malgré les défenses formelles faites à ce sujet; les typhoïdiques sont aussi plus faciles à soigner quand ils sont réunis dans une même salle que quand ils sont dispersés dans tout un service, les infirmiers et les sœurs surveillent spécialement cette salle; on n'oublie pas de nettoyer la bouche des malades et de leur donner à boire, ce qui a son importance.

La réunion des typhoïdiques dans une même salle a seulement pour effet d'augmenter les risques de contagion pour les infirmiers attachés à ce service; mais, d'une part, ce risque diminue pour les infirmiers attachés aux autres salles; et, d'autre part, on peut choisir comme infirmiers des salles de typhoïdiques des hommes ayant eu la fièvre typhoïde; on peut aussi leur donner des toniques, du vin de quinquina, du café, qui leur permettent de braver dans de bonnes conditions la contagion.

Quand la fièvre typhoïde devient épidémique dans une caserne, une prison, un collège, etc., il est souvent nécessaire d'évacuer pour quelque temps les locaux infectés.

Il n'est pas possible de faire avorter la fièvre typhoïde, de la juguler comme on disait autrefois; le médecin doit donc se contenter de modérer les principaux symptômes et de prévenir autant que possible les complications, c'est là encore un rôle très important auquel on a grand tort d'appliquer le terme d'*expectation*; le médecin qui examine chaque jour son malade, qui surveille l'état de la poitrine et du ventre, l'état des forces et de la nutrition, qui épie le moment où la température tombe afin de prescrire une alimentation plus substantielle, qui prévient les eschares, et s'efforce d'empêcher la péritonite par perforation, la syncope, etc., n'est pas assimilable à un médecin qui se croiserait les bras après avoir diagnostiqué une fièvre typhoïde. Les petits moyens de traitement, les soins hygiéniques de tous les instants que peut donner une mère ou une garde-malade bien exercée et bien conseillée par le médecin, ont une importance considérable dans la fièvre typhoïde.

Presque toutes les médications antipyrétiques ont été préconisées tour à tour : saignées (Broussais, Bouillaud), purgatifs (Delarrouque), digitale (Traube, Wunderlich), sulfate de quinine (Liebermeister), bains froids (Brand), alcool (Todd). Dans ces dernières années, les bains froids ont joui d'une certaine vogue;

on a voulu les ériger en *méthode* de traitement de la fièvre typhoïde, mais les inconvénients et les dangers de cette médication ont été rapidement reconnus, et l'on peut dire qu'il n'y a pas plus de *méthode* de traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, que de *méthode* de traitement par la saignée, la digitale ou le sulfate de quinine. Toutes ces médications sont applicables à certains cas ou à certaines périodes de la fièvre typhoïde; les bains froids ou les affusions froides peuvent rendre des services dans les fièvres typhoïdes ataxiques; le sulfate de quinine est quelquefois utile à la fin de la maladie lorsque la fièvre présente de grandes oscillations qui rappellent la fièvre intermittente; la digitale est indiquée quand la fièvre s'accompagne d'une grande fréquence du pouls avec intermittences; mais il faut se garder d'appliquer indistinctement à tous les cas de fièvre typhoïde ces moyens de traitement.

À la dose de 1 à 4 grammes par jour chez l'adulte, l'antipyrine produit un abaissement marqué de la température. L'antipyrine n'a pas les effets toxiques de l'acide salicylique; elle ne fatigue pas les voies digestives et peut être administrée pendant tout le cours de la maladie (en cachets, délayée dans un peu d'eau ou en dissolution dans du vin fortement alcoolisé).

L'acide phénique a été employé, soit sous forme de lavements, soit en potions, ou encore à l'état de phénate de soude. On prescrit, pour un adulte, un ou deux lavements dans les vingt-quatre heures, renfermant chacun 0^{gr},50 à 1 gramme d'acide phénique; le phénate de soude se donne à la dose de 1 gramme ou 1^{gr},50 dans les vingt-quatre heures. Quelques auteurs ont préconisé aussi le salicylate de soude (4 à 6 grammes dans les vingt-quatre heures). On obtient assez facilement, à l'aide de ces médications, des abaissements passagers de température; mais, lorsque, dans le cours d'une fièvre typhoïde grave, on prescrit l'acide phénique ou le salicylate de soude, il est rare de voir se produire une amélioration rapide pouvant être attribuée à ces médications; l'acide phénique peut donner lieu à un collapsus grave; il ne faut l'employer qu'avec beaucoup de prudence.

Il est bon d'administrer au début un ou deux verres d'eau de Sedlitz, surtout si la diarrhée n'est pas abondante; puis on prescrira de la limonade pour boisson, du bouillon et un peu de vin matin et soir, une potion avec l'extrait de quinquina (2 à 4 grammes), si l'adynamie est assez accentuée. Quand la température se maintient matin et soir entre 39 et 40 degrés, il est bon de faire deux ou trois fois par jour des lotions fraîches sur tout le corps avec

une grosse éponge; ces lotions soulagent le malade, elles humectent et rafraîchissent la peau.

Les matières fécales renferment, même à l'état normal, des ptomaïnes toxiques; ces ptomaïnes se produisent en quantités d'autant plus grandes que la fermentation des matières dans l'intestin est plus complète et plus prolongée. Ch. Bouchard est parti de là pour prescrire le charbon en poudre dans la fièvre typhoïde. En donnant 100 grammes de charbon dans les vingt-quatre heures, on désinfecte les selles des typhoïdiques, et l'on note une diminution des ptomaïnes dans les selles et les urines. Les purgatifs répétés qui sont usités depuis longtemps ont un effet analogue et sont d'une absorption plus facile que le charbon. Les diurétiques favorisent l'élimination des ptomaïnes, et sont par conséquent indiqués.

Le malade aura deux lits à sa disposition, il sera placé dans une salle bien aérée, on veillera à ce qu'il ne repose pas toujours sur le dos, afin d'éviter les eschares et l'engorgement hypostatique des poumons; la bouche sera nettoyée avec un gargarisme acidulé, on fera boire souvent le malade.

Dans les cas où la chaleur se maintient à 40, 41 degrés, et où ces températures hyperpyrétiqes s'accompagnent de phénomènes nerveux graves, de délire violent, d'une agitation incessante, les bains tièdes ou progressivement refroidis trouvent leur application; le malade sera placé dans une baignoire contenant de l'eau tiède et l'on ajoutera peu à peu de l'eau froide jusqu'à ce qu'il éprouve une sensation de frissonnement, il sera alors essuyé et replacé dans son lit; les bains prescrits de cette manière n'ont pas les inconvénients des bains froids, ils sont bien mieux supportés et ils procurent un apaisement au moins aussi durable des symptômes nerveux et de la fièvre.

Les malades atteints de fièvre typhoïde avec prédominance des phénomènes nerveux doivent être surveillés de très près, car il leur arrive souvent dans leur délire de s'échapper de leur lit, de sauter par une fenêtre, etc.

Les complications créent naturellement des indications très variées. Contre la bronchite et l'hypostase pulmonaire on emploiera les ventouses sèches appliquées en grand nombre sur le tronc et les vésicatoires; contre les entérorrhagies, la glace *intus* et *extra* (une vessie contenant de la glace qu'on renouvelle toutes les demi-heures est appliquée sur l'abdomen), le ratanhia ou le perchlorure de fer à l'intérieur, la limonade sulfurique, l'élixir acide de Haller, l'ergot de seigle ou l'ergotine.

Quelques médecins ont l'habitude d'appliquer des cataplasmes sur l'abdomen et de prescrire chaque jour des lavements tièdes; ces moyens de traitement augmentent le météorisme loin de le prévenir.

Lorsqu'un malade présente des symptômes de péritonite, il ne faut pas désespérer de le sauver, car, si la péritonite par perforation est toujours mortelle, il existe des péritonites partielles par propagation qui peuvent se terminer par la guérison; il faut donc lutter jusqu'au bout et appliquer le traitement ordinaire de la péritonite (voy. ce mot), en le proportionnant aux forces des malades; l'anémie et la faiblesse générale permettent rarement d'avoir recours aux émissions sanguines.

Dans les cas de laryngite œdémateuse ou de nécrose des cartilages du larynx, il est quelquefois nécessaire de pratiquer la trachéotomie.

Pendant toute la durée de la maladie, il faut prescrire du bouillon et du vin ou du lait; dès que la défervescence est complète, on augmente progressivement l'alimentation; quelques malades présentent à cette période du délire d'inanition qu'il ne faudrait pas attribuer à des complications cérébrales. La convalescence doit être surveillée de très près, les malades seront soustraits à toute espèce de fatigue ou d'émotion, et ils garderont le lit jusqu'à ce que les forces soient suffisamment revenues.

PETIT et SERRES. Traité de la fièvre entéro-mésentérique. Paris, 1813. — BRETONNEAU. De la dothiéntérie (Arch. gén. de méd., 1826). — GENDRON. Recherches sur les épidémies des petites localités (Journ. des conaiss. méd.-chirurg., 1831). — LOUIS. Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous le nom de fièvre typhoïde. 2^e édit., Paris, 1841. — FORGET. De l'entérite folliculaire. Paris, 1840. — DELARROQUE. Traité de la fièvre typhoïde. Paris, 1847. — PIEDVACHE. Recherches sur la contagion de la fièvre typhoïde (Mém. de l'Acad. de méd., 1850). — VIGLA. Mémoire sur les ruptures de la rate (Arch. gén. de méd., 1853). — WUNDERLICH, GRIESINGER, MURCHISON. Op. cit. — E. FRITZ. Étude clinique sur divers symptômes spinaux observés dans la fièvre typhoïde, th., Paris, 1864. — MABROUX. De la récurrence de la fièvre typhoïde, th., Strasbourg, 1866. — DIEULAFOY. De la mort subite dans la fièvre typhoïde, th., Paris, 1869, et Gazette hebdom., 1871, p. 310. — Rechutes et récurrences dans la fièvre typhoïde. Discussion à la Soc. méd. des hôp., déc. 1869. — CORNIL. Histologie des lésions intestinales dans la fièvre typhoïde (Arch. de physiol., 1870). — A. LAVERAN. De la fièvre typhoïde abortive ou fébrile typhoïde (Arch. gén. de méd., 1870). — Du même. Traité des maladies des années; 1875. — PRUNAC. Étude sur la fièvre typhoïde chez les enfants, th., Paris, 1870. — FERGEMOL. De la fièvre typhoïde spinale, th., Paris, 1871. — PETTENKOFER. Ueber die Etiologie der Typhus. München, 1872. — E. VALLIN. De la forme ambulatoire ou apyrétique grave de la fièvre typhoïde (Arch. gén. de méd., 1873). — W. BRADD. Typhoid fever its nature, etc. London, 1873. — LONGUET (R.). De la complication cardiaque de la fièvre typhoïde et de la mort subite consécutive, th., Paris, 1873. — GLENARD. Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids (Lyon méd., 1873 et 1874). — LIEBERMÜSTER. Art. Typhus abdominal, in

Handbuch der Pathologie de Ziemssen. Leipzig, 1874. — JACCOUD. Leçons de clinique médicale. Paris, 1874. — LEUDET. Clinique médicale. Paris, 1874. — HAYEM. Leçons cliniques sur les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde (Progrès médical, 1875). — SALES. De la péritonite par propagation dans la fièvre typhoïde, th., Paris, 1875. — HAGENMULLER. De la cholécystite dans la fièvre typhoïde, th., Paris, 1876. — BAROT. Abscess musculaires dans la fièvre typhoïde, th., Paris, 1876. — BUSSARD. De la mort subite dans la fièvre typhoïde (Rec. mémoires de méd. milit., 1876, p. 428). — GUENEAU DE MUSSY. Recherches sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. Paris, 1877. — Discussion à l'Académie de médecine sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, discours de MM. Gueneau de Mussy, Bouley, Bouchardat, Jacoud et Chauffard (Bulletin de l'Acad. de méd., 1877). — Maurice RAYNAUD. De la fièvre typhoïde à rechute (Gaz. hebdom., 23 mars 1877). — FÉRÉOL, Maurice RAYNAUD, PETER, LIBERMANN, FERRAND. De la valeur des bains froids, dans le traitement de la fièvre typhoïde (Société médicale des hôpitaux, 1877). — A. ROBIN. Essai d'urologie clinique. La fièvre typhoïde, th., Paris, 1877. — JOCAVEILL. De quelques altérations de la rate dans la fièvre typhoïde, th., Paris, 1877. — A. GUYARD. Étude sur la fièvre typhoïde à rechute, th., Paris, 1877. — PERRIN. De la récurrence dans la fièvre typhoïde, th., Paris, 1877. — CHAUMEL. Des complications laryngées dans la fièvre typhoïde, th., Paris, 1877. — H. HUCHARD. Étude critique sur la pathogénie de la mort subite dans la fièvre typhoïde (Union méd., 1877). — HOMOLLE. De la fièvre typhoïde (Rev. gén. in Revue des sc. méd., 1877, t. X, p. 314). — DEBIERRE. Des oblitérations artérielles dans la fièvre typhoïde, th., Paris, 1877. — P. DUPEYRON. Des thromboses veineuses dans la fièvre typhoïde, th., Paris, 1877. — Ch. AMAT. De la fièvre typhoïde à forme rénale, th., Paris, 1878. — LORAIN. Études de méd. clin. La température, etc., t. II, p. 50. — MURCHISON. La fièvre typhoïde, trad. de Lataud. Paris, 1878. — MERCIER. De la gangrène sèche des membres dans la fièvre typhoïde (Arch. gén. de méd., 1878). — BERTHET. Essai sur l'origine fécale du typhus abdom., th., Paris, 1878. — CAMERON. Épidémie de fièvre typhoïde propagée par le lait (Revue d'hygiène, 1879). — L. COLIN. Traité des maladies épidémiques. Paris, 1879. — BALLARD. Observ. de transmission de la fièvre typhoïde par les eaux potables (The British med. Journ., 1880). — ALISON. Étiologie de la fièvre typhoïde dans les campagnes (Arch. gén. de méd., 1880). — MARVAUD. De la mort subite dans la fièvre typhoïde (Arch. gén. de méd., 1880). — EBERTH. Arch. f. path. Anat. u. Physiol., B. LXXXI, p. 58. — Du même. Nouv. rech. sur le Bacillus de la fièvre typh. (même rec., B. LXXXIII, p. 486). — KLEBS (Arch. f. experiment. Path., 1880 et 1881). — J. SIMON. De la fièvre typhoïde chez les enfants (Prog. méd., 1881). — VEILLARD. De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde, th., Paris, 1881. — RENAULT. Observ. pour servir à l'hist. de la néphrite et de l'éclampsie typhoïdes (Arch. de physiol., 1881, p. 104). — PETIT. De la néphrite dothiéntérique, th., Lyon, 1881. — Ch. BOUCHARD. Des néphrites infectieuses (Rev. de méd., 1881, p. 671). — A. CHAUFFARD. Étude sur les déterminations gastriques de la fièvre typhoïde, th., Paris, 1882. — DELORME. Essai sur les fièvres typhoïdes incomplètes dans leur expression symptomatique, th., Paris, 1882. — SIREDEY. Recherches sur l'anatomie pathologique de la fièvre typhoïde. Lésions des organes lymphoïdes, th., Paris, 1883. — HUTINEL. Études sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde, th. d'agrég., Paris, 1883. — OLLIVIER. De l'orchite typhoïdique (Revue de méd. 10 novembre 1883). — A. LAVERAN. De la contagion de la fièvre typhoïde (Arch. de méd. milit., 1886, t. III, p. 145 et t. IV, p. 393). — SERVOLES. La fièvre typhoïde chez le cheval et chez l'homme, Paris, 1883. — ARTAUD. Étude sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, th., Paris, 1885. — CORNIL et BABÈS. Les bactéries, p. 419. — FORGUE. Contribution à l'étude de la thyroïdite typhique (Arch. de méd. milit., 1886, t. VII, p. 113). — BOUCHER. Même sujet, (même rec., t. VII, p. 353). — DEBOVE. Soc. méd. des hôp. (Bull. 1886, p. 135-145). — ARNOULD. De la fièvre typhoïde à l'état sporadique (Revue d'hyg., 1886). — CHANTEMESSE et VIDAL. Le bacille typhique (Soc. méd. des hôp., 25 février 1886 et Arch. de physiol., 1887, n° 3).

TYPHUS

Synonymie : *Fièvre des camps, typhus ou peste de guerre, typhus feve, typhus exanthématique.*

Les auteurs allemands ont donné au mot *typhus* un sens générique qui correspond à celui de *maladies typhoïdes* et ils le font toujours suivre d'un qualificatif quand ils veulent désigner telle ou telle maladie typhoïde en particulier : typhus abdominal, typhus exanthématique, etc. Pour les auteurs français, le mot typhus employé seul s'applique toujours au typhus exanthématique, c'est là une règle excellente dont il ne faut pas se départir sous peine de confusion.

Étiologie. — Le typhus a deux foyers principaux en Europe : la Silésie et l'Irlande ; dans ce dernier pays, la mortalité par le typhus représente le dixième environ de la mortalité générale. De l'Irlande et de la Silésie la maladie est souvent importée dans les pays voisins, d'autant que les Irlandais et les Silésiens, très malheureux chez eux, émigrent volontiers. Les villes anglaises qui ont avec l'Irlande des relations suivies, Liverpool, Manchester, Bristol, fournissent les plus forts contingents au typhus qui règne du reste dans presque toutes les grandes villes d'Angleterre concurremment avec la fièvre typhoïde. D'après Virchow, la plupart des épidémies de typhus observées à Berlin y ont été importées par des ouvriers silésiens. Le typhus est aujourd'hui endémique dans presque toutes les provinces russes de la Baltique ; il a été importé plusieurs fois en France, notamment en 1814 par les armées alliées, et en 1856 par nos soldats revenant de Crimée ; mais il a toujours disparu avec les circonstances qui l'avaient fait naître. On a observé aussi à plusieurs reprises le typhus sous forme de petites épidémies dans les bagnes, les prisons et sur quelques points de la Bretagne.

L'étiologie du typhus a donné lieu aux mêmes discussions que l'étiologie de la fièvre typhoïde. Parmi les auteurs, les uns pensent que le typhus naît toujours de lui-même comme les maladies virulentes, qu'il n'est pas susceptible d'un développement spontané ; les autres, tout en admettant la contagion et l'importation dans bon nombre de cas, soutiennent que le typhus peut aussi prendre naissance spontanément dans certaines conditions de milieu. Nous ne parlons pas de l'opinion qui assimile le typhus à la fièvre typhoïde, nous avons eu déjà l'occasion de dire qu'elle était abandonnée aujourd'hui par la plupart des auteurs ; à propos du

diagnostic nous montrerons du reste qu'il n'est pas possible de confondre ces deux espèces morbides.

Un premier fait est établi, c'est que le typhus est essentiellement contagieux, la contagion est ici bien plus facile à démontrer que pour la fièvre typhoïde, parce que le miasme se répand dans l'air qui entoure les malades. Dans les hôpitaux des fiévreux de Londres, il est de règle que les médecins, les étudiants et les infirmiers prennent tôt ou tard le typhus ; lorsqu'un typhique est admis dans une salle d'hôpital qui n'en renfermait pas, on voit bientôt des cas intérieurs se développer et la maladie peut faire le tour de la salle en commençant par les lits les plus voisins du malade qui a importé le typhus. En Crimée, le personnel hospitalier a subi des pertes considérables, la mortalité par le typhus a été de 12,88 sur 100 pour les médecins militaires, alors qu'elle était seulement de 0,47 sur 100 pour les officiers.

Il est également prouvé qu'un grand nombre d'épidémies de typhus se sont développées à la suite d'importations ; mais d'autre part, on a vu apparaître plus d'une fois le typhus sur des bâtiments qui tenaient la mer depuis longtemps, dans des bagnes et des prisons qui n'avaient reçu aucun malade typhique, et l'on ne saurait nier que l'encombrement, la misère et la malpropreté ne soient de puissants facteurs du typhus ; on a accusé aussi la famine et le froid, qui favorisent évidemment l'action des causes précédentes.

Tout en accordant la plus grande part à la contagion dans l'étiologie du typhus, il faut reconnaître ici, comme pour la fièvre typhoïde, que les conditions de milieu ont une importance considérable et qu'elles paraissent suffire parfois à provoquer l'apparition de la maladie.

La durée de l'*incubation* du typhus est de douze jours en moyenne.

DESCRIPTION. — Le typhus régulier a une durée de quatorze jours et la plupart des auteurs sont d'accord pour distinguer dans l'évolution de la maladie deux périodes :

Première période dite de réaction, correspondant au premier septénaire ;

Deuxième période dite nerveuse, correspondant au deuxième septénaire.

La maladie peut débiter brusquement par un frisson, d'autres fois il y a des prodromes : lassitude, céphalalgie, vertiges, injection des conjonctives.

Les symptômes abdominaux et thoraciques, si importants

dans la fièvre typhoïde, sont accessoires dans le typhus; tout l'intérêt se concentre sur les symptômes généraux et sur les symptômes nerveux.

La température s'élève plus rapidement que dans la fièvre typhoïde. Dès le premier soir elle atteint d'ordinaire 40 degrés à 40°,5; pendant la période d'état, la tendance à la continuité est plus grande, et les maxima thermiques sont en général plus élevés que dans la fièvre typhoïde; enfin la défervescence, au lieu de se faire lentement par des oscillations descendantes, est

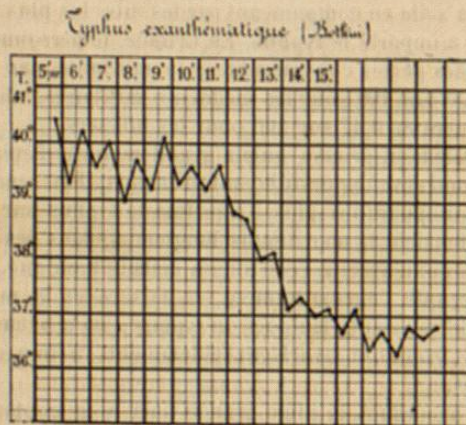


FIG. 7.

brusque dans la plupart des cas (fig. 7) : en une seule nuit, la température tombe parfois de 40 degrés à la normale pour ne plus remonter; tous les auteurs qui ont pu comparer le typhus à la fièvre typhoïde ont été frappés de voir avec quelle rapidité l'état des typhiques se modifie au moment de la défervescence, alors que dans la fièvre typhoïde l'amélioration qui conduit à la convalescence est toujours lente et progressive.

L'élévation de la température du corps s'accompagne du cortège habituel des symptômes qui constituent l'état fébrile : céphalalgie, anorexie, soif vive, prostration, etc.; vers le cinquième ou sixième jour, on voit apparaître une éruption qui a une grande importance au point de vue du diagnostic. Elle consiste en un exanthème si semblable à celui de la rougeole, que des épidémies de typhus exanthématique ont été confondues avec des épidé-

mies de rougeole. L'éruption du typhus, dit M. Godélier, ressemble beaucoup plus à celle de la rougeole qu'aux taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde.

Les principales différences entre l'éruption du typhus et celle de la rougeole sont les suivantes : 1° l'éruption du typhus se produit sur le tronc et sur les membres, mais n'envahit presque jamais la face, tandis que celle de la rougeole se produit à la face aussi bien que sur le reste du corps; 2° l'éruption de la rougeole est purement exanthématique, elle disparaît complètement par la pression du doigt, tandis qu'au-dessous de l'exanthème typhique il y a souvent des taches plus foncées, plus profondes, ne disparaissant pas par la pression, d'où le nom de *taches exanthémopétéchiales* qui leur a été donné par Hildenbrand.

L'éruption, généralement abondante, peut être très discrète ou même manquer complètement.

Deux ou trois jours après leur apparition, les taches pâlissent, prennent une teinte brunâtre, cuivrée, puis l'épiderme se desquamme comme dans la rougeole (desquamation furfuracée).

Dès le début, il se produit une injection très vive et très caractéristique des conjonctives.

Les symptômes nerveux sont en général très accusés, surtout dans le deuxième septénaire, qui a reçu à cause de cela le nom de *période nerveuse*. Pendant la première période on observe une céphalalgie intense, de la lassitude; la prostration est moins grande que dans la fièvre typhoïde. Le délire, qui se montre plus ou moins rapidement, suivant la gravité des cas, est tantôt calme, tantôt bruyant et accompagné d'une agitation incessante; les idées délirantes ont souvent un caractère [suivi et leur nature varie avec la profession des malades;] plusieurs observateurs ont comparé le délire des typhiques au délire alcoolique.

Du côté des organes digestifs, il faut noter de la tendance à la constipation. La langue, d'abord blanche et saburrale, se dessèche quand l'état typhoïde est prononcé. Il n'y a ni douleur, ni gargouillement à la pression dans la fosse iliaque droite.

La rate est souvent augmentée de volume.

La bronchite est moins constante que dans la fièvre typhoïde et la tendance à l'hypostase moins marquée.

À côté des cas réguliers et d'intensité moyenne dont la durée est de quatorze jours, il en est de graves qui peuvent durer plus longtemps, et de légers qui sont au typhus ce que la fièvre typhoïde est à la fièvre typhoïde; parfois même le miasme typhique n'engendre que des troubles passagers qui méritent à