

fièvre lui donne une allure spéciale. Les symptômes sont moins intenses l'évolution est différente. Elle est à la fois légère et tapageuse. On pourrait croire à un simple embarras gastrique, n'était la durée qui se prolonge, et aussi certains symptômes caractéristiques, tels que les taches rosées, l'hypertrophie de la rate, le pouls ralenti relativement à la température, symptômes qui la différencient également de la grippe.

Il ne semble pas y avoir d'incubation. Le début d'une fièvre paratyphoïde est brusque et non pas insidieux : la douleur est assez intense (céphalalgie, rachialgie, douleur orbitaire, douleur à la nuque), les frissons existent souvent. A la période d'état, qui s'installe dès le 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> jour pour durer une semaine ou deux on observe, outre les symptômes plus hauts cités, la prostration sans stupeur bien marquée, la langue saburale, l'inappétence, le météorisme. Les selles jaunes en purée de pois font défaut. La température à une allure intermittente caractéristique : elle n'offre, à cette période d'état, ni la persistance, ni l'intensité de la température de la fièvre typhoïde ; le plateau est irrégulier. Par contre, les taches rosées peuvent être nombreuses : elles ne se confinent pas uniquement à l'abdomen et au thorax ; Schottmuller les a notées même à la face. La défervescence a lieu rapidement, en deux ou trois jours. Netter a signalé la coloration subictérique des téguments, qui serait attribuable surtout au bacille de Gaertner. Sacquepée a vu les genives recouvertes d'un exsudat pultacé. Enfin Collin a observé le vertige, les syncopes, le pouls ralenti (44, 48, 52, 54) ; il est vrai qu'il s'agissait de soldats sortant d'une manœuvre fatigante ayant duré plusieurs jours.

Ces données cliniques sont-elles suffisantes pour appuyer le diagnostic ? Il me semble que oui, jusqu'à un certain point, et en prenant les précautions nécessaires. Ainsi, chez un malade en état typhoïde, avec troubles abdominaux, et qui ne prend pas de médicaments antithermiques déprimants, tels que le pyramidon, les grandes oscillations fébriles à type intermittent doivent attirer l'attention. L'absence de selles en purée de pois, les poussées de sub-ictère auront une grande valeur, de même que l'abondance et la généralisation de la roséole chez un malade ayant peu de stupeur et de délire. Le lysis survenant du 12<sup>e</sup> ou 20<sup>e</sup> jour et se faisant rapidement permettra au moins un diagnostic rétrospectif.

Ces données cliniques ont déjà une valeur incontestable. Mais j'admets, avec Sicard, que "seules les épreuves de laboratoire permettent de porter un jugement définitif." Le séro-diagnostic, avec ces malades, conserve sa pleine valeur, paraît-il. Le sérum agglutine

peu ou pas du tout les cultures de bacilles d'Eberth ; il agglutine d'une manière marquée les cultures de paratyphiques. Cette opinion n'est cependant pas partagée par Courmont et Lesieur (La Revue Médicale, 29 janvier 1908). La diazo-réaction serait nulle dans la fièvre paratyphoïde.

\*\*\*

Quelles conclusions devons nous tirer de ces études récentes ? Celle-ci d'abord : c'est qu'il y a parfois, dans l'intestin, des bacilles ressemblant à celui d'Eberth qui déterminent des infections ayant beaucoup d'analogie avec la fièvre typhoïde éberthienne (ancienne dothiémantine de Levusseau), mais s'en différenciant par leur mode de début brusque leur évolution clinique rapide leurs réactions biologiques spéciales et leur pronostic en général bénin.

Je dis en général, parce que certains cas de paratyphoïde, tout comme leur grande sœur, ont donné lieu à des complications suppurées (abcès chondro-sternal, thyroïdite, pyélonéphrite, cholécystite) et même à des généralisations septicémiques ou pyohémiques. Il est bon aussi de ne pas oublier que dans les deux seuls cas autopsiés jusqu'à ce jour, on a trouvé, à part l'hypertrophie de la rate, les plaques de Peyer de l'iléon infiltrées et légèrement ulcérées.

De là une deuxième conclusion : c'est que ces cas doivent être traités comme la fièvre typhoïde véritable, puisqu'il s'agit en somme d'une infection intestinale à forme typhoïde, et que la bactériologie n'a rien ajouté à la thérapeutique de ces infections. Thomas McCrae, du John Hopkins Hospital (Baltimore), dans son excellent chapitre sur l'étiologie de la fièvre typhoïde (*Modern Medicine*, Osler), ne mentionne en passant les bacilles paratyphiques que pour nous conseiller de les regarder comme une variété de bacilles d'Eberth. C'est peut-être en effet, au point de vue clinique et pratique, le parti le plus sage.

Cependant, je ne puis m'empêcher de citer en terminant l'opinion de Courmont. "Toutes ces appellations de "pseudo" et de "para,"— dit ce médecin—doivent petit à petit disparaître de la science médicale. Il n'y a pas, comme on l'a dit, de pseudo ou de paramaladies, mais seulement des pseudo-diagnostic. Ces termes ne peuvent être que provisoires, temporaires pour masquer notre ignorance et provoquer de nouveaux travaux."

Le résumé pratique de cette courte étude sera donc : l'observation clinique et les analyses de laboratoire per-