

dans ce dernier cas est malin ; du moins c'est le relevé des observations prises à l'autopsie de malades morts de fièvre typhoïde.

Nous arrivons à la *période d'ulcération*.

L'ulcère typhique se forme *en bloc* ou *graduellement* suivant les cas. Je n'insiste pas davantage sur ce dernier point. Cependant, je rappellerai que, lorsqu'une fois la cicatrisation s'est faite, "le tissu cicatriciel se *pigmente presque constamment en noir*, et cette pigmentation persiste à tel point qu'après des années on peut encore reconnaître des plaques de Payer qui ont été atteintes autrefois par des lésions typhoïdiques." (Cornil et Ranvier.)

Le *siège* est le tiers inférieur de l'intestin grêle.

Son *diamètre* varie de 2 à 4 centimètres ; mais il arrive quelquefois que plusieurs ulcères se fusionnent ensemble et atteignent des dimensions anormales.

La *forme* est *elliptique* lorsque l'ulcère se limite à une plaque entière *circulaire*, quand il ne s'agit que d'une glande isolée et enfin *irrégulière* dans le cas où plusieurs ulcérations se fusionnent.

L'altération du *follicule clos* suit le même ordre que nous rencontrons dans la plaque de Payer malade.

Toutes ces lésions intestinales se rencontrent surtout *dans le voisinage* de la valvule cœcale. Au-dessous et au-dessus les dégâts sont généralement moins grands.

Quant à l'*époque* à laquelle apparaissent les troubles que je viens de signaler, les auteurs sont à peu près d'accord pour affirmer que l'infiltration apparaît du 4ème au 6ème et même au 8ème jour dans certains cas (Louis-Chomel). L'ulcération débute vers le 10ème ou 12ème jour, plus ou moins pour se continuer jusqu'à la 4ème semaine. époque à laquelle le travail de cicatrisation commence son œuvre pour se continuer pendant *quinze jours* et souvent trente, car certains auteurs affirment qu'il n'existe pas de cicatrices parfaitement homogènes avant le *trentième jour*.

Quant au *diagnostic différentiel* et spécifique des lésions énumérées ci-haut, il n'est sûrement tranché que par la présence du bacille d'Eberth.

On dit généralement que l'ulcère typhique est situé parallèlement au diamètre longitudinal de l'intestin pour le différencier de l'ulcère tuberculeux qui occuperait plutôt le diamètre transverse accompagné de la couronne de granulations sous-péritonéales visibles par transparence ?

Le *gros intestin* est plus rarement atteint que l'intestin grêle, quoiqu'il puisse l'être aussi conjointement avec lui ou même *uniquement* comme dans les cas de *coléo-typhus* qui sont cependant exceptionnels.

Les caractères pathologiques sont à peu près les mêmes que ceux que nous avons décrits pour l'intestin grêle, et je n'y reviens pas.

Je passe immédiatement aux *ganglions mésentériques* qui sont aussi constamment atteints que les plaques de Payer. Les lésions sont en corrélation avec celles de l'intestin, et, suivant qu'elles correspondent à telle ou telle partie de ce même intestin, les glandes adjacentes sont comprises dans le travail de désorganisation qui s'y fait.