

ptômes de putridité des humeurs, dit M. Gigon, il survint un gonflement considérable du bras droit, surtout au voisinage de l'aisselle. L'avant-bras et la main étaient moins tuméfiés; le bras était d'abord rouge et sensible au toucher, puis il augmenta et doubla au moins de volume, la peau devint violacée, sa température s'abaissa, la sensibilité devint obtuse, de nombreuses phlyctènes remplies d'un liquide jaune ou roussâtre se montrèrent, quelques plaques brunes se produisirent au-dessous du moignon de l'épaule et vers le coude; nous décidâmes alors de faire des incisions larges et profondes, en avant et en arrière, sur une grande partie de la longueur du bras; ces incisions énormes furent à peine senties et nous trouvâmes au-dessous de la peau un tissu cellulaire profondément gangrené, infiltré de pus. Des lambeaux d'un tissu cellulaire infect se détachèrent avec des portions d'aponévrose, la suppuration était sanieuse, roussâtre, infecte; en même temps les symptômes de prostration générale augmentèrent considérablement et conduisirent rapidement les malades à la mort; huit jours dans un cas et neuf dans l'autre se sont écoulés entre l'apparition du gonflement et la terminaison fatale. L'affection paraissait beaucoup plus grave à la partie supérieure du membre qu'à la partie inférieure. L'autopsie démontra, dans les deux cas, l'existence d'une phlébite de la partie supérieure de la sous-clavière avec formation d'un caillot obturateur complet et adhérent aux parois de la veine; ce caillot était assez ferme, d'une couleur rose, faisant office de bouchon; des ramifications du caillot moins adhérentes s'étendaient dans les veines environnantes, telles que les scapulaires supérieures, l'axillaire, la céphalique, la mammaire externe; la membrane interne de la veine était d'un rouge très-foncé dans la sous-clavière, et cette couleur allait en diminuant vers les ramifications; ses parois étaient épaissies, plus friables: la cause de ce sphacèle humide du bras n'a pu être cherchée, à notre avis, ailleurs que dans cet obstacle mécanique à la circulation. »

M. le docteur Patry, de Sainte-Maure¹, rapporte l'observation d'un malade qui eut simultanément de la *gangrène sèche* et de la *gangrène humide* en des points différents du même membre abdominal. La gangrène sèche occupait le pied et la jambe, qui étaient noirs, desséchés, diminués de volume; la gangrène humide s'étendait à toute la cuisse, qui était violacée, tuméfiée, et dont l'épiderme se détachait sur plusieurs points. A l'autopsie, on trouva l'artère crurale plus volumineuse, complètement oblitérée à sa partie supérieure par des caillots noirs qui s'écrasaient facilement et n'adhéraient point aux tuniques artérielles; dans le creux poplité, les caillots étaient plus durs, friables; plusieurs adhé-

1. Patry, *Gangrène des membres dans la fièvre typhoïde* (Archives générales de médecine, février et mai 1863).

raient à la membrane interne du vaisseau; les parois artérielles, rouges, injectées, épaissies, avaient perdu leur élasticité. Quant à la veine crurale, elle était oblitérée par des caillots noirs consistants, mais non adhérents à la tunique interne; ses parois épaissies, injectées, d'un rouge foncé, ne s'affaissant point à la coupe. Évidemment la gangrène sèche du pied et de la jambe s'explique par l'oblitération de l'artère poplitée, qui s'était effectuée avant celle de l'artère crurale, où les caillots plus mous, non adhérents, étaient de plus récente formation. La gangrène humide de la cuisse se rapporte tout à la fois à l'oblitération de l'artère et de la veine crurales: il y avait là combinaison de la gangrène par suspension de la circulation artérielle et de l'œdème par arrêt de la circulation veineuse.

Le même médecin a encore rapporté l'histoire fort curieuse d'un jeune malade qui éprouva subitement, au vingtième jour d'une dothiésentérie de forme adynamique, une douleur très-vive partant de l'angle du maxillaire inférieur gauche et se propageant aux régions parotidienne et temporale. Quarante-huit heures après l'apparition de cette douleur, le pavillon de l'oreille gauche était déjà sphacélé. A leur tour, les régions parotidienne et temporale se refroidirent, prirent une couleur violacée, et des bulles pleines d'un liquide noirâtre et fétide se développèrent à leur surface. Quatre jours plus tard, le sphacèle s'était étendu au front, aux deux paupières, à la joue, jusqu'à la commissure des lèvres. Le malade vécut douze jours encore, malgré ces effroyables désodres. A l'autopsie, on trouva l'artère carotide externe oblitérée par deux caillots: l'un, dur, friable, décoloré et adhérent, situé dans la partie supérieure du vaisseau; l'autre, plus récent et placé plus bas, d'un noir foncé et assez consistant. Au milieu du premier caillot, les parois de l'artère étaient injectées, épaissies, plus faciles à lacérer, et la tunique interne avait perdu son poli et sa transparence. Les veines jugulaires étaient intactes.

A propos de ce malade, M. Patry rappelle qu'il a vu en 1843, dans le service de M. le docteur Charcellay (de Tours), un homme qui, pendant sa dothiésentérie, fut pareillement atteint de gangrène de toute la moitié gauche de la face, et qui n'en guérit pas moins au bout de cinq mois. Les deux arcades alvéolaires supérieures droite et gauche étaient tombées, et le malade fut obligé de porter un bandeau qui recouvrait toute la moitié gauche de la figure, de façon à cacher la hideuse ouverture de la bouche.

Pour compléter ces observations résumées, il faut ajouter que la fièvre typhoïde que ces accidents compliquaient, avait été caractérisée, pendant la vie, par les symptômes, et, après la mort, par les lésions intestinales qui lui sont propres, et que M. Gigon et M. Patry ont pris soin de rapporter pour les avoir constatées. Si le sphacèle de tout un membre ou d'une grande partie de ce membre, se déclarant spontanément dans le

cours ou à la fin d'une dothiésentérie, reconnaît incontestablement pour cause l'oblitération d'une artère ou d'une veine; si cette oblitération vasculaire, si l'artérite ou la phlébite qui ont activement contribué à la produire, ont eu pour point de départ la présence d'un caillot sanguin, dont la formation, ainsi que nous le dirons en traitant la question des embolies, doit être attribuée à un état dyscrasique particulier du sang, qui se retrouve dans d'autres maladies très-différentes de la fièvre typhoïde, il est aussi incontestable que cette cause mécanique agit d'autant plus énergiquement ici, que, indépendamment d'elle, la tendance notable à la mortification des tissus est un des caractères de la putridité parfois si prononcée dans la pyrexie qui a été l'objet de ces leçons.

XVI. — TYPHUS.

Maladie infectieuse comme la dothiésentérie; en diffère par l'absence de lésions intestinales. — S'en distingue encore par l'ensemble des symptômes et par la marche de la température.

MESSIEURS,

Bien qu'il soit dans la nature de l'enseignement dont je suis chargé de me borner à étudier avec vous les faits cliniques qui passent sous nos yeux, et, à propos de ces faits, de vous exposer les résultats de mon expérience personnelle, je crois cependant devoir vous entretenir aujourd'hui d'une maladie que nous n'avons jamais eu occasion d'observer dans nos salles, mais que tous assurément vous connaissez de nom : je veux parler du *typhus*, qui présente, du moins quant à l'ensemble des symptômes généraux, une telle analogie avec la fièvre typhoïde, que la question longtemps controversée de l'identité des deux pyrexies est loin encore d'être résolue, quoique les partisans de la non-identité semblent actuellement en majorité.

Endémique dans certains pays, notamment dans les Iles-Britanniques où, après avoir régné d'abord presque exclusivement en Irlande, puis en Écosse, elle paraît s'être maintenant définitivement installée dans quelques-unes des villes manufacturières d'Angleterre, à Londres en particulier, où, dans ces dernières années, elle a exercé de grands ravages, cette maladie a sévi par intervalles et sévit encore dans ces mêmes pays et aussi dans d'autres, sous forme d'épidémies plus ou moins considérables, plus ou moins meurtrières. Les relations que nous en ont laissées les auteurs anciens ou modernes qui les ont décrites sous les appellations les plus variées [*fièvre pestilentielle*, *febris pestilens* (Fracastor, 1546); *typhus des camps*; *typhus des prisons* (Sauvages, 1759); *fièvre pétéchiiale*, *febris petechialis* (Sennert, 1641; Selle, 1770; Borsieri, 1785); *typhus exanthematicus* des médecins allemands; *spotted fever*, *typhus fever* des Anglais, etc.], nous montrent que, de tout temps, ces épidémies, développées sous l'influence des mêmes causes, se propageant par voie de contagion, ont fait, à diverses époques, leur apparition dans différentes contrées de l'ancien continent et du nord de l'Amérique.

La France, tout en ayant été en général moins maltraitée que d'autres régions, n'a point été épargnée. Sans remonter jusqu'aux siècles antérieurs au nôtre, il me suffira de vous rappeler que, dans les quinze