

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

premières années de celui-ci, le typhus venu à la suite des armées qui parcouraient alors l'Europe, s'est manifesté à plusieurs reprises dans un assez grand nombre de nos localités : que depuis il a reparu, à Toulon par exemple, en 1820, 1829, 1833, 1845, 1851¹, à Reims, en 1839², à Strasbourg, en 1854³; qu'enfin en 1856, importé de Crimée où les soldats qui revenaient de la guerre d'Orient en avaient puisé le germe, il s'est déclaré dans plusieurs villes, entre autres à Marseille, à Avignon, à Paris même, et vous n'êtes pas sans avoir eu connaissance de l'épidémie qui, de janvier à mai de cette année 1856, a sévi dans l'hôpital militaire du Val-de-Grâce⁴.

Je vous disais que le typhus semblait toujours se développer sous l'influence des mêmes causes. Tous les médecins s'accordent, en effet, sur ce point. Tous admettent que la matière morbifique, que le poison, le miasme qui engendre la maladie est susceptible de se développer spontanément là où se trouvent accumulées de grandes masses d'hommes, comme dans les grands centres de population, au milieu des armées concentrées sur un espace de terrain relativement trop limité, dans les prisons, sur les vaisseaux, surtout sur les vaisseaux transformés en pontons, alors que ces hommes, éprouvés par des fatigues corporelles, par des inquiétudes et des souffrances morales, subissent les privations de la misère, qu'ils sont mal nourris, ou alimentés d'une façon insuffisante. Mais je vous disais aussi qu'une fois développé dans un endroit, le typhus se propageait souvent à d'autres par voie de contagion, sans que dans ces lieux, ainsi infectés, on puisse invoquer l'existence des causes qui, dans son foyer d'origine, lui avaient donné naissance. Rappelez-vous en outre que, pour le typhus comme pour toutes les maladies contagieuses, il n'est pas nécessaire que la transmission s'opère par des individus malades, qu'elle peut se faire par des individus qui, sans en être actuellement et sans en avoir jamais été affectés, transportent avec eux le germe morbifique.

Ce fait étant incontestablement acquis à la science, il nous est permis de craindre que d'Angleterre où il est à présent en permanence, non-seulement sous la forme d'épidémie, mais encore à l'état sporadique, le typhus, en raison des relations de plus en plus fréquentes entre les deux pays, ne passe en France et ne s'y établisse pour un temps plus ou moins long. Il

1. Kéraudren, *Typhus dans les bagnes de Toulon* (Archives générales de médecine, t. III, 1833). — Fleury, *Histoire médicale de la maladie qui a régné parmi les condamnés du bague de Toulon, 1829* (Mémoires de l'Académie de médecine, t. III, 1833). — Barrallier, *Du typhus épidémique à Toulon*. Paris, 1861.
2. Landouzy, *Archives générales de médecine*, 1842.
3. Forget, *Preuves cliniques de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde* (Comptes rendus de l'Académie des sciences, 9 octobre 1854).
4. Godelier, *Mémoire sur le typhus observé au Val-de-Grâce* (Bulletin de l'Académie de médecine, 1856, t. XXI, p. 889).

m'importe donc, messieurs, de vous donner de cette maladie quelques notions que vous aurez, bientôt peut-être, à mettre à profit. Ces notions, je les emprunterai à un ouvrage publié par M. le docteur Murchison, médecin de l'hôpital des fiévreux¹.

Dans la question de la non-identité et de l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, question sur laquelle j'aurai à revenir, le docteur Murchison se prononce pour la non-identité des deux maladies. Dès la préface de son livre, il dit qu'après avoir été élevé dans les idées contraires à celles qu'il défend maintenant, il a été conduit par ses propres observations à se ranger à l'opinion des docteurs Stewart et Jenner, que sa manière actuelle de voir ne saurait dès lors être considérée comme la conséquence d'idées préconçues.

Accidentellement précédée d'un ou de quelques jours de légère indisposition caractérisée par de la lassitude générale, par des vertiges, un peu de mal de tête, par la perte de l'appétit, l'*invasion du typhus* est ordinairement brusque.

Sans phénomènes prémonitoires, le malade est pris de frissons passagers, irréguliers, suivis d'une transpiration peu abondante; il se plaint de céphalalgie frontale, de courbature, d'un sentiment de brisement qui lui rend pénible toute espèce d'exercice; de douleurs lombaires, de douleurs dans les membres, principalement dans les cuisses; d'inappétence. Pendant les deux ou trois premiers jours, il se plaint encore, quoique sa peau soit chaude et même brûlante, de froid continuel et il recherche le coin du feu. Sa langue est large, pâle, couverte d'un enduit blanc qui bientôt devient jaunâtre ou brun. Il a le goût perverti, une soif plus ou moins vive qui lui fait désirer toute espèce de boissons, lesquelles ne tardent pas à lui répugner toutes, excepté l'eau froide. Quelquefois il a des nausées, beaucoup plus rarement des vomissements de matières bilieuses. Le ventre, habituellement souple, plutôt déprimé que tendu, n'est le siège d'aucune douleur et n'est même pas sensible à la pression. La constipation est la règle; les urines sont épaisses, hautes en couleur. Le poulx est généralement plein, mais compressible, en quelques cas dur et rebondissant, en d'autres irrégulier, intermittent. Sa fréquence varie notablement : tantôt elle s'élève au-dessus de la normale, de 80 à 120 pulsations, et pourra plus tard — ce qui est un signe pronostique des plus graves — monter au delà, atteindre jusqu'à 150; tantôt au contraire cette fréquence reste au-dessous du chiffre habituel, s'abaissant même jusqu'à 28. Ce phénomène indique assez souvent un affaiblissement de l'action du cœur qui, dans ces circonstances, se contracte deux fois pour un seul battement artériel. La respiration est plus ou moins accélérée; il n'est pas

1. Charles Murchison, *A treatise on the continued fevers of Great Britain*. London, 1862.

rare qu'il y ait une véritable oppression coïncidant avec de la toux et une expectoration de crachats muqueux, l'auscultation révélant alors l'existence d'un catarrhe bronchique qui se traduit par des râles sonores. La face est rouge; les bords des paupières sont tuméfiés, les conjonctives injectées, les yeux sont larmoyants. L'expression du visage annonce d'abord la langueur et la fatigue, mais elle devient bientôt triste, lourde, stupide. Dès le début il y a des vertiges, des tintements d'oreilles, de l'agitation, souvent une perte totale de sommeil, mais, souvent aussi, le malade dit qu'il n'a pas dormi, alors que son entourage l'a vu dormant pendant des heures. Ce sommeil est d'ailleurs troublé par des rêves pénibles, par des réveils en sursaut, et, après trois ou quatre nuits, le malade, dans un demi-délire entre le sommeil et la veille, parle en dormant. Quand il s'éveille, il a conscience de ce qui se passe autour de lui, quoique sa mémoire et son intelligence soient quelque peu confuses. La prostration de ses forces musculaires augmente de bonne heure et rapidement. Sa démarche est chancelante : quand on lui fait étendre la main, elle est agitée de tremblement; ce tremblement se produit également pour la langue quand il cherche à la tirer hors de sa bouche : bientôt le sentiment de faiblesse, d'épuisement est tel, que vers le troisième jour du début de la maladie, il y a impossibilité de quitter le lit.

Entre le quatrième et le septième jour, habituellement vers le quatrième ou le cinquième, l'éruption apparaît sur la peau. Elle consiste en de nombreuses taches de forme irrégulière, variant en largeur d'un simple point à trois ou quatre lignes de diamètre. Elles sont isolées les unes des autres ou groupées de façon à former comme des pièces de marqueterie à contours irréguliers, et rappelant souvent l'éruption de la rougeole. D'abord d'un rose sale ou d'une couleur fleurie, faisant une légère saillie au-dessus de la peau, disparaissant sous la pression du doigt; dès le premier ou le second jour, elles deviennent plus sombres, plus brunes, ne disparaissent plus sous la pression, mais en deviennent seulement plus pâles. Leurs bords, mal définis, se fondent insensiblement dans la teinte hyperémique générale du tégument externe. Ordinairement elles se montrent en premier lieu sur l'abdomen, puis sur la poitrine, le dos, les épaules, les cuisses; dans quelques cas, c'est sur la face dorsale des mains qu'elles apparaissent d'abord. Le plus communément c'est sur le tronc et les bras qu'on les observe, rarement sur le cou et le visage. C'est toujours sur les parties déclives du corps qu'elles sont le plus prononcées; aussi, dans les cas douteux, c'est en arrière, sur le dos qu'il faut les chercher. Indépendamment de ces taches superficielles, il en existe d'autres, plus pâles, moins distinctes, et qui, en raison de leur position apparente au-dessous de l'épiderme, ont été appelées *sous-épidermiques*. Quand ces taches sous-épidermiques sont abondantes, elles donnent à la peau un aspect moiré, marbré, qui contraste avec les taches plus sombres, mieux

définies, précédemment décrites, quoique quelquefois ces deux sortes de taches semblent se confondre. L'éruption du typhus varie grandement dans son aspect, suivant l'abondance relative des taches moirées et des taches plus distinctes. En quelques cas ces deux espèces de taches sont abondantes; en d'autres cas il n'y en a que peu des unes ou des autres. Cet aspect de l'éruption varie aussi relativement à sa plus ou moins grande confluence. Les taches et les marbrures constituent ce que Jenner a décrit sous le nom d'éruption *maricolore* (*mulberry rash*), ce que d'autres médecins ont désigné sous la dénomination d'éruption morbiliforme ou rubéolique. En deux ou trois jours l'éruption est complète, et si plus tard il apparaît de nouvelles taches, elles n'arrivent pas à leur entier développement. *La gravité et la durée de la maladie sont en rapport avec l'abondance et la teinte foncée de l'éruption.*

Telle est l'histoire du typhus dans les six ou sept premiers jours.

Vers la fin de la première semaine, le mal de tête cesse et le délire survient. Il varie de caractères. Accidentellement il est d'abord aigu; le malade crie, parle d'une façon incohérente, et est plus ou moins violent. Si on ne le retenait, il se lèverait pour marcher à travers sa chambre, et même il se précipiterait par la fenêtre. Ce violent état est habituellement suivi d'une période de collapsus, pendant laquelle le délire est tranquille, le malade murmurant à voix basse. Plus communément, le délire n'est jamais violent, même au début. Quelle que soit sa forme, il est accompagné d'insomnie, et on l'excite quand on parle au malade. L'expression du visage devient plus sombre, plus triste, plus stupide, la prostration augmentant d'heure en heure. Les symptômes de l'excitation nerveuse sont généralement plus prononcés vers le soir et dans la nuit; la prostration est plus grande le matin. A cette époque de la maladie, la langue est sèche, brune, rude à son centre et tremblante; des fuliginosités (*sordes*) s'accumulent sur les dents et les lèvres; la constipation continue. Le pouls varie de 100 à 120, il est plein et mou, plus souvent petit et faible. Les mouvements de la respiration varient également entre vingt et trente, mais ils peuvent conserver leur fréquence normale, comme aussi ils peuvent tomber jusqu'à huit inspirations par minute, alors que le pouls est petit, que le cœur est profondément troublé dans son fonctionnement. La respiration peut encore être spasmodique, saccadée, dans les cas où les troubles cérébraux, le délire suivi de coma, sont très-prononcés. Elle peut enfin être irrégulière, les inspirations se succédant avec une excessive rapidité, et être purement diaphragmatique, les muscles de la cage thoracique semblant paralysés. Cette respiration *nerveuse*, indépendante de toute complication du côté de l'appareil respiratoire, est un phénomène d'une excessive gravité. L'haleine du malade est fétide. La peau plus froide que pendant la première semaine, sèche ou légèrement visqueuse, exhale aussi une odeur particulière que l'on a comparée à celle que dégage

la paille pourrie, à l'odeur des bêtes fauves, à celle des souris, mais qui, en réalité, est *sui generis*. L'éruption prend une teinte plus sombre, et vers le milieu de ce second septénaire apparaissent de véritables pétéchies, d'une teinte pourpre ou bleuâtre, qui peuvent se développer au centre de plusieurs taches, avec la teinte brun rougeâtre desquelles leurs bords se fondent graduellement.

Après trois ou quatre jours (par conséquent vers le dixième ou le onzième jour du début de la maladie), les symptômes d'excitation nerveuse sont remplacés par plus ou moins d'oppression ou de stupeur. La stupeur commence par alterner avec le délire, qui est plus prononcé pendant la nuit. La prostration est extrême; le malade reste couché sur le dos, gémissant, murmurant d'une façon incohérente, ou bien demeurant tranquille sans bouger, avec une propension à tomber vers la partie inférieure de son lit. Il est tout à fait incapable de se soulever ou même de se tourner sur le côté; c'est avec une extrême difficulté qu'on le lève, et il est entièrement indifférent aux personnes ou aux choses qui l'entourent. Il a souvent alors des tremblements, des soubresauts de tendons, du crocisme. Son expression est celle de la stupeur, il a l'air hagard; ses conjonctives sont injectées, ses paupières à peu près fermées, ses pupilles contractées. La surdité est un accident commun. Lorsqu'on parle haut au malade, il regarde d'un air étonné ceux qui sont autour de lui, et quand on lui dit de tirer la langue, il ouvre la bouche qu'il laisse entr'ouverte jusqu'à ce qu'on lui commande de la fermer. Ce sont là les seuls signes de conscience qu'il montre : encore ces signes peuvent manquer. Cependant son esprit est loin d'être inactif; son imagination évoque les rêves les plus effrayants, auxquels il attache une implicite croyance, et dont il peut, après sa convalescence, garder un complet souvenir. Ses idées roulent sur des événements de sa vie passée. Il se croit persécuté par son entourage, par ses parents les plus chers; il resserre les années dans les heures, et s' imagine avoir, en quelques heures, vécu une vie entière. Ceux qui ont éprouvé ces souffrances morales peuvent seuls avoir une idée de leur intensité. Cependant les dents, les lèvres sont couvertes de fuliginosités; la langue est dure, sèche, d'un brun noir, ramassée en une sorte de boule, tremblante et se tirant avec difficulté ou ne se tirant pas du tout. L'abdomen est flasque, quelquefois météorisé; la constipation existe toujours, ou bien il y a deux ou trois fois par jour des garderobes involontaires, un peu diarrhéiques. L'urine est plus abondante, mais plus pâle, d'une pesanteur spécifique au-dessous de sa pesanteur spécifique normale; elle est rendue involontairement ou bien il y a de la rétention qui nécessite d'avoir recours au cathétérisme. La température de la peau s'abaisse encore, quelquefois il y a un peu de moiteur. Le nombre de taches présentant le caractère de *pétéchies* augmente. Les parties soumises à la pression, principalement la région du sacrum, rougissent, s'amollissent, et

sont sujettes à s'ulcérer. Le pouls est fréquent (de 120 à 140), petit, souvent intermittent, irrégulier, à peine perceptible; l'impulsion cardiaque et les bruits du cœur sont diminués d'intensité ou ne s'entendent plus; et ce trouble fonctionnel correspond à une altération profonde de l'organe, dont le tissu musculaire est mou et diffus, la coloration d'un rouge obscur; la structure fibrillaire tend à en disparaître; il y a infiltration d'un liquide visqueux, et, à un degré d'altération plus avancée, la striation a disparu et le muscle est devenu granulo-graisseux. C'est à Stokes que l'on doit la connaissance exacte de cet état du cœur, qui n'explique pas seulement les particularités du pouls dans le typhus, mais rend bien compte des troubles respiratoires qu'on y observe, des congestions passives si fréquentes, de la lividité du visage, du refroidissement, de la cyanose des extrémités et des coagulations spontanées des veines; phénomènes qu'on observe parfois également dans la fièvre typhoïde, et que j'ai rattachés comme ici à une semblable altération du cœur.

Dans cette situation, le malade peut résister pendant plusieurs heures, plusieurs jours, sa vie en balance, jusqu'à ce qu'enfin la stupeur dégénère en un profond et fatal coma; ou bien il succombe à l'asphyxie consécutive à l'engorgement soudain des poumons; ou bien son pouls devient imperceptible, la surface de sa peau est froide, livide, baignée d'une sueur abondante, et la mort arrive habituellement sans qu'il y ait de retour à la conscience, mais aussi sans sterteur, plutôt par le fait d'une syncope que du coma.

Cependant la terminaison n'est pas toujours aussi funeste. Vers le quatorzième jour de la maladie, une amélioration plus ou moins soudaine se produit. Le malade tombe dans un sommeil tranquille qui dure plusieurs heures, et d'où il sort un tout autre homme. D'abord il paraît étonné, confondu, il sait se rendre compte du lieu où il est; puis il ne tarde pas à reconnaître son entourage, ses amis, et il a conscience alors de son excessive faiblesse. Ses extrémités conservent leur sensibilité, mais s'il essaye de les mouvoir, il lui semble qu'elles ne font plus partie de son corps. Le pouls, moins fréquent, a repris de la force; la peau est moite, la langue est nettoyée et humide à ses bords; il y a un certain désir de prendre des aliments. Ces symptômes d'amélioration sont souvent accompagnés d'une légère transpiration, de diarrhée, ou de dépôt sédimenteux dans les urines. Après deux ou trois jours, la langue devient entièrement nette, l'appétit est insatiable, le pouls est revenu à son type normal, ou même il est très-lent; les forces sont rapidement récupérées. La convalescence est complète.

Messieurs, ce tableau tracé par M. le docteur Murchison vous représente un cas type de typhus non compliqué. Mais la maladie offre de grandes variétés, eu égard à sa gravité, eu égard à la prédominance relative des symptômes adynamiques ou des symptômes ataxiques. Dans les

cas moyens, la langue peut n'être jamais sèche et brune, le pouls ne jamais dépasser 100 pulsations, l'éruption ne jamais devenir pétéchiale; une légère confusion de la mémoire et de l'intelligence, un sommeil troublé semblent souvent être les seuls phénomènes cérébraux qui se manifestent. La marche, les caractères de la maladie peuvent en outre être modifiés par des complications locales.

De ces complications, qui d'ailleurs varient selon les épidémies et aussi suivant les localités, les plus communes sont les affections de l'appareil respiratoire. Le plus souvent les accidents thoraciques surviennent d'une manière insidieuse, car les symptômes habituels, la toux, l'expectoration, sont peu prononcés ou manquent absolument, et le malade est incapable de se plaindre d'aucune douleur. Il arrive alors que la dyspnée, la lividité de la face mettent seules sur la voie d'une affection pulmonaire; cependant cette dyspnée n'est pas un signe suffisant, puisque, ainsi que nous l'avons dit, elle accompagne fréquemment la fièvre, et qu'elle peut être portée à un très-haut degré, indépendamment de toute lésion matérielle des organes respiratoires. De plus, si la dyspnée dépend d'une lésion matérielle se reconnaît à la lividité de la peau du visage et des mains, cette lividité ne se montre qu'alors que la complication dont elle dépend a atteint un degré très-prononcé et trop souvent irrémédiable. Aussi, quand on a le moindre doute, doit-on, chaque jour ou plus fréquemment encore, examiner la poitrine par l'auscultation et la percussion.

Ces complications thoraciques sont la bronchite, la plus fréquente peut-être entre toutes celles du typhus. Dans quelques épidémies elle s'observe dans la plus grande partie des cas. Il en est ainsi en Irlande, si bien que l'on a appelé le typhus irlandais typhus catarrhal, et que des médecins allemands, entre autres Rokitsansky, qui ont puisé dans les relations du typhus d'Irlande les connaissances qu'ils se sont faites de la maladie, croient que celle-ci n'est rien autre chose qu'une fièvre typhoïde à forme thoracique. La bronchite peut être le premier accident du typhus, comme il peut se développer durant son cours, et persister dans son déclin. On doit surveiller attentivement tous les cas dans lesquels cette complication se présente. Tant que l'existence de l'affection pulmonaire se révèle seulement par une toux rauque, par la présence de quelques râles sibilants disséminés dans la poitrine, il n'y a pas de danger immédiat; mais dès que la prostration augmente, la phlegmasie thoracique est susceptible de s'étendre soudainement, insidieusement; et de s'associer à plus ou moins d'engouement hypostatique. De plus, le malade se trouvant dans l'impossibilité de tousser, d'expectorer, l'appareil musculaire des bronches étant frappé de paralysie, la sécrétion catarrhale tend à s'accumuler dans les tuyaux bronchiques, ce qui entraîne l'asphyxie.

J'ai cru, messieurs, devoir vous traduire à peu près textuellement ce

qui, dans l'ouvrage du docteur Murchison, est relatif à cette complication, en raison même de la fréquence avec laquelle elle se présente; quant aux autres, je me bornerai à les énumérer. On a donc signalé encore du côté de l'appareil de la respiration : l'engouement hypostatique, qui, survenant en général à une période plus ou moins avancée du typhus, vers le onzième ou le quatorzième jour, quelquefois cependant plus tôt, vers le septième jour, habituellement compliqué de catarrhe bronchique, est la cause la plus commune de la mort dans le typhus anglais. Cet engouement hypostatique ne doit pas être confondu avec la pneumonie franche, avec exsudation de lymphes plastiques dans l'intérieur et dans l'intervalle des cellules pulmonaires; cette pneumonie est relativement très-rare. Elle se termine quelquefois par gangrène du poumon, principalement chez les individus qui antérieurement ont souffert de la faim. La pleurésie est également rare; quand elle survient elle est latente.

On a noté la phlegmatia alba dolens, survenant dans le décours du typhus, moins souvent pourtant que dans le décours de la fièvre typhoïde. L'infection purulente, avec abcès articulaires, est encore beaucoup plus rare; elle est rapidement mortelle. Le scorbut est une autre complication qui se montre dans quelques épidémies. Les taches de purpura, les hémorrhagies par le nez, par les bronches, par l'estomac, par l'intestin, par la vessie, une grande tendance à la syncope, en sont les symptômes.

L'imbécillité et quelquefois la manie sont, non pas une complication de la maladie, mais une de ses suites; il arrive, du reste, dans le typhus ce qui arrive dans la fièvre typhoïde. De même pour les paralysies qui peuvent être générales ou partielles (hémiplégie, paraplégie, paralysie de la vessie); porter sur la motilité, sur la sensibilité, sur les deux à la fois; frapper les organes des sens : l'ouïe, entraînant la surdité, qui se montre si fréquemment pendant le cours de la maladie, persiste après la convalescence, et s'associe souvent à l'otorrhée, à l'inflammation de l'oreille externe; frapper la vue, amenant un certain degré d'amaurose. Ordinairement passagères, ces paralysies durent quelquefois toute la vie.

Les érysipèles de la face, l'érysipèle du cuir chevelu; l'œdème des extrémités inférieures, en quelques cas l'anasarque, qui dépend quelquefois d'une lésion des reins; les gangrènes des parties soumises à une pression constante; la gangrène des membres analogue à celle que nous avons vue survenir dans la dothiéntérie; le coma; les éruptions accidentelles furonculieuses ou pemphigoïdes; les inflammations du tissu cellulaire; les parotides; les bubons, ceux-ci constituant des phénomènes graves au point de vue du pronostic, telles sont les principales complications que l'on a signalées.

Relativement à ses formes, le typhus peut être inflammatoire, caractérisé alors par l'intensité de la réaction fébrile, le délire aigu. C'est chez les individus jeunes, vigoureux et chez les personnes de la classe aisée de

la société qu'on l'observe. Il peut être *ataxique*, caractérisé par la prédominance des symptômes nerveux, le délire, la somnolence, les soubresauts de tendons; *adynamique*, lorsqu'il y a une grande prostration, des évacuations involontaires, des tendances à la syncope, une peau froide, un pouls lent; *ataxo-adynamique*, ou congestif.

Le typhus a été appelé *sidérant* dans les cas où il est rapidement mortel, enlevant les malades en quelques jours, en quelques heures même à partir de son début. Par opposition il est *léger*, quand il parcourt ses périodes sans graves symptômes; il en est ainsi du typhus sporadique; il est quelquefois si peu de chose, que si ce n'était l'existence de l'éruption caractéristique, on croirait avoir affaire à une fièvre simple, à une synoque.

Sous le nom de *typhisation à petites doses*, un médecin français, M. Félix Jacquot, souvent cité par M. le docteur Murchison, a décrit un ensemble de symptômes, tels que du malaise, un léger mouvement fébrile, de la perte d'appétit, du mal de tête, de l'absence de sommeil, une confusion accidentelle des facultés intellectuelles, un sentiment de fatigue général, qu'éprouvent certaines personnes constamment exposées à la contagion sans payer autrement leur tribut au typhus. Quelquefois celui-ci se déclare réellement; mais en d'autres cas les phénomènes que nous venons d'indiquer se montrent seuls et cessent dès que le malade sort de l'atmosphère infectieuse au milieu de laquelle il vivait.

Le *diagnostic* du typhus n'offre de difficulté qu'autant que l'éruption caractéristique manque. On peut alors le confondre avec d'autres maladies qui, arrivées à une période plus ou moins avancée, présentent des phénomènes typhiques; on peut alors le confondre avec la dothiéntérie. Cependant, indépendamment même de l'éruption spécifique qui le caractérise, le typhus se distingue de la fièvre typhoïde par un ensemble de symptômes que j'aurai à vous rappeler quand nous aborderons la question de l'identité et de la non-identité des deux pyrexies; quant aux maladies dans lesquelles le développement des phénomènes typhoïdes pourrait en imposer, une observation attentive des malades suffit pour éviter l'erreur.

Je ne vous ai pas parlé jusqu'ici, messieurs, des recherches entreprises sur la température dans le typhus. Je me réservais de le faire à propos du diagnostic. L'investigation thermométrique fournit, en effet, de précieuses indications, qui nous ont permis d'asseoir définitivement notre jugement à propos d'un fait que vous avez pu observer dans notre service et dont je vais vous exposer les détails, tels qu'ils ont été recueillis par un de mes bons élèves, le docteur Alfred Duclos (de Saint-Quentin)¹.

Le samedi 11 juin, entre dans mon service un homme de vingt-sept

¹ A. Duclos, *Quelques recherches sur l'état de la température dans les maladies*, thèse inaugurale. Paris, 1864.

ans, de bonne constitution, habitant Paris depuis trois ans, et traité au mois de janvier dernier pour une fluxion de poitrine.

L'avant-veille, ce malade avait été pris tout à coup de céphalalgie très-intensée, de rachialgie, de faiblesse des jambes, et surtout de la jambe droite, dans laquelle le malade accuse depuis cette époque des élancements douloureux; la respiration est difficile, suspireuse, cependant il ne tousse pas, n'a pas craché de sang; il n'y a pas de vomissement, pas de diarrhée, épistaxis le mercredi. Sur le ventre, nous trouvons le jour de son entrée (quatrième jour de la maladie) des taches papuleuses assez nombreuses; le 12 juin, éruption très-confluente sur le tronc, les avant-bras, râles sibilants dans la poitrine, stupeur manifeste, pas de diarrhée.

Le 13 juin (sixième jour), vomissements, épistaxis, râles sous-crépittants fins aux deux bases (15 ventouses sèches, scarifiées par erreur du ventouseur); le 14, stupeur, délire, râles sous-crépittants, gargouillement dans la fosse iliaque droite; l'éruption est tellement confluente, ressemble tellement sur les avant-bras à celle de la rougeole, que, malgré les signes de dothiéntérie, je pense à une rougeole anormale; le 15, l'éruption est éteinte, l'état général du malade reste le même, délire, stupeur; le 16, le malade urine involontairement, il n'a pas de diarrhée, mais on constate un symptôme insolite dans la dothiéntérie, je veux dire des phénomènes d'hémiplégie; il y a, en effet, un affaiblissement très-notable du bras droit et de la jambe du même côté; déviation des traits de la face (on applique 10 ventouses scarifiées à la nuque; potion au musc, 0^{gr},25). Le délire et la stupeur ont disparu, le malade répond très-nettement aux questions qu'on lui pose, et il entre à partir de ce jour même en pleine convalescence; deux jours après, le malade se lève, mais conserve néanmoins un affaiblissement manifeste de tout le côté droit. Il est resté définitivement hémiplégique: ce qu'on observe parfois à la suite du typhus et ce qu'on ne voit pas consécutivement à la dothiéntérie.

Or dans ce cas, où notre diagnostic est resté longtemps hésitant, l'examen de la courbe des températures nous a permis d'affirmer enfin que c'était à un cas de typhus que nous avons eu affaire. En effet, voici ce que nous observions: au cinquième jour de la maladie, la température était le soir à 40°,4; le lendemain matin (sixième jour), il y avait une légère rémission, la chaleur descendait de six dixièmes de degré (à 39°,8), pour remonter le soir de la même quantité dont elle était descendue le matin. Le septième jour, il y avait le soir un assez notable abaissement, la température tombait à 40 degrés (ce qui doit être attribué à l'émission sanguine par les ventouses). Le huitième jour, la température du soir est de 40°,6; elle retombe le matin du neuvième jour à 39°,6, remonte le soir à 40°,4; descend le matin du dixième jour de 1 degré, et, au lieu de remonter le soir comme habituellement de six à huit dixièmes de degré, elle ne s'élève que de quatre dixièmes, c'est-à-dire qu'elle est, le