

Les complications locales incidentes (pneumonies, inflammations de la parotide, etc.) sont souvent accompagnées d'une *recrudescence de la fièvre*. En même temps la fièvre devient souvent irrégulière.

Enfin, la *période de défervescence* présente la déviation la plus ordinaire de sa marche typique quand elle traîne excessivement en longueur et se transforme en un *stade de ralentissement*. La température alors est le plus souvent normale le matin, mais le soir se déclare constamment une nouvelle exacerbation, légère ou modérément intense. La cause de cette fièvre si opiniâtre peut consister dans quelque complication locale incomplètement guérie, mais très fréquemment elle échappe à toute analyse. En ce cas, on est tenté d'incriminer des ulcères intestinaux à allures languissantes et sans tendance à la cicatrisation, ou bien des affections des glandes du mésentère. La durée de cette fièvre lente peut embrasser des semaines entières. Elle est ordinairement consécutive à des cas graves qui ont achevé leur parcours ; mais chez des personnes âgées ou affaiblies pour d'autres motifs, les cas bénins peuvent aussi, d'assez bonne heure, adopter cette marche traînante.

Aucun signe n'annonce la pleine entrée en *convalescence* avec un aussi haut degré de certitude que la disparition des exacerbations fébriles. Pendant la convalescence, on voit pourtant se reproduire des *élevations thermiques passagères*, après un *écart de régime*, une *constipation de longue durée* ou une *émotion psychique*. Parfois la reprise de la fièvre dépend de quelque *maladie locale* consécutive, comme un furoncle, un abcès ganglionnaire, etc. Mais souvent il arrive aussi que, malgré l'investigation la plus minutieuse, on ne parvient pas à en découvrir la cause. C'est ainsi que, notamment dans les premiers temps de la convalescence, on observe parfois de fortes exacerbations, s'ouvrant même par un frisson, et qui peuvent se répéter plusieurs fois, mais pour retomber toujours promptement à la normale. Ces accès fébriles, courts mais intenses, ne s'expliquent d'ordinaire par aucune cause déterminée. Peut-être faut-il les rapporter à une affection des ganglions mésentériques. Quoi qu'il en soit, ces brusques surelévations sont presque toujours sans signification ultérieure.

Le renouvellement de l'effervescence qui se produit dans les conditions que nous venons de signaler, se désigne le mieux sous le nom de *fièvre consécutive*, par opposition aux *récidives typhiques* proprement dites. Dans le typhus abdominal, en effet, après le décours de la maladie, tout le processus peut se dérouler de nouveau ; phénomène qu'on a appelé *récidive* ou *rechute*. La description détaillée de cette fièvre sera faite plus tard avec les autres particularités du typhus récidivé.

### Symptômes et complications du côté des organes en particulier (1).

**I. Appareil digestif.** Si, en entrant dans les détails, nous commençons par les phénomènes qui ressortissent au canal intestinal, nous nous y croyons autorisé par la considération que les *altérations anatomiques* dans l'intestin ont une valeur pathognostique pour le typhus abdominal, auquel elles ont d'ailleurs prêté son nom. Sous le rapport *clinique* aussi, ces altérations peuvent souvent avoir une signification prédominante ; mais, dans la majeure partie des cas, les symptômes intestinaux se mettent à l'arrière-plan du tableau clinique, pour céder la première place aux signes généraux dépendant de l'infection générale de l'économie.

L'*affection intestinale* caractéristique du typhus consiste essentiellement en une maladie des *plaques de Peyer*, principalement à l'*extrémité de l'iléon*. La *première semaine*, ces plaques se tuméfient petit à petit (*stade de l'infiltration médullaire*). Le reste de la muqueuse présente en même temps, à un degré plus ou moins prononcé, les caractères d'une inflammation catarrhale commune. La *seconde semaine*, il se forme à la surface des plaques des *lambeaux nécrosés* qui, dans la *troisième semaine*, se détachent, et donnent lieu, de la sorte, à la formation des *ulcères typhiques*. Vers la fin de la troisième semaine, ces ulcères *se détergent*, et dans la quatrième semaine, quand la marche est favorable, la *guérison* de l'ulcération a lieu. Alors il se produit des *cicatrices* unies, souvent à pigmentation diffuse, qu'on n'a pour ainsi dire jamais vu occasionner de coarctation. Le même processus qui a envahi les plaques se passe également dans un plus ou moins grand nombre de *follicules isolés*. Dans les cas de typhus léger (v. plus bas), il est probable que l'infiltration glandulaire n'aboutit pas à un véritable travail ulcératif. La tuméfaction du tissu lymphoïde se dissipe avant que la nécrose se soit produite. — Nous avons déjà signalé la présence des *bacilles typhiques* dans les plaques de PEYER et dans les follicules intestinaux.

Le nombre et l'étendue des ulcérations n'est nullement en rapport direct et constant avec la gravité de la maladie. Si, dans les cas terminés fatalement, on rencontre souvent une affection intestinale particulièrement vaste, d'autre part, on observe des *cas mortels où l'on ne découvre que quelques rares ulcères dans l'intestin*. Quand la maladie intestinale est très étendue, le *gros intestin* même présente des ulcérations folliculaires (*colotyphus*).

1. Pour éviter des redites, nous avons, dans ce qui suit, réuni la description des altérations anatomiques à l'explication des symptômes cliniques.

Les symptômes cliniques dépendant du canal intestinal n'apparaissent qu'exceptionnellement, comme nous venons de le dire, au premier plan de la scène morbide. Au commencement de la maladie, la *constipation* est la règle. Elle peut dans beaucoup de cas persister pendant toute sa durée, de sorte que les malades n'ont de selle qu'à des intervalles de 2 à 3 jours, et même seulement après un lavement. En général cependant, à partir de la seconde semaine, il s'établit une légère diarrhée; le nombre des garde-robes est de 2 à 4 par jour, parfois davantage. Communément elles présentent une coloration jaune-claire caractéristique (*couleur de purée de pois*). Par le repos, elles se partagent en une couche supérieure trouble, plus fluide, et une couche inférieure consistant en amas jaunes et grumeleux. Leur réaction est ordinairement alcaline. Au microscope on y trouve, outre des résidus d'aliments et un débris granuleux, quelques cellules épithéliales, des cellules sphériques, très souvent des cristaux de triphosphate et d'innombrables bactéries. Les *bacilles typhiques* proprement dits peuvent parfois, mais pas toujours, être décelés dans les déjections à l'aide de procédés particuliers d'investigation (PFEIFFER et autres).

Des selles profuses (de 10 à 20 par jour) se rencontrent assez rarement. Dans quelques cas graves, nous avons vu les évacuations prendre un caractère dysentérique. Alors, l'autopsie fit voir une affection particulièrement intense du colon avec inflammation diphthéritique de sa muqueuse.

Le *météorisme* intestinal, principalement du gros intestin, se montre très fréquemment, mais se maintient, la plupart du temps, dans des limites restreintes. Il y a des cas graves de typhus, dans lesquels le ventre reste même constamment affaissé. Le météorisme porté à un haut degré est une complication toujours fâcheuse. Nous avons vu un cas de météorisme exceptionnellement développé à terminaison mortelle, où il s'agissait presque exclusivement d'un colotyphus et où la distension colossale de tout le gros intestin avait à elle seule produit le développement de l'abdomen. Le bruit qu'on provoque chez beaucoup de typhusés par la pression de la région iléocœcale (*gargouillement iléocœcal*) passait autrefois, mais à tort, pour un signe caractéristique particulier du typhus. La *douleur spontanée de l'abdomen* fait le plus souvent entièrement défaut. Parfois cependant, il arrive que les patients se plaignent, pendant toute la durée de la maladie, de douleurs d'entrailles. L'abdomen est d'ordinaire un peu sensible sous la *pression*, mais rarement à un haut degré. Une sensibilité plus vive à la pression s'observe quelquefois en cas de constipation. Elle indique souvent aussi que le péritoine s'est laissé envahir (même sans perforation. v. plus loin).

Il nous reste à parler encore, vu leur extrême importance pratique, de deux phénomènes, qui tous deux sont en rapport direct avec la nature de l'affection typhique de l'intestin : les *hémorragies intestinales* et les *perforations*.

Les *entérorrhagies* se produisent presque toujours, dans le cours du typhus, par l'érosion des parois vasculaires, lors de la formation et de l'élimination de l'eschare ulcéreuse. Comme elles dépendent des processus anatomiques qui se passent aux plaques de PEYER, les hémorragies se déclarent le plus fréquemment à la fin de la seconde et pendant la troisième semaine. Le sang coule dans l'intestin et s'évacue avec les selles. La quantité de sang évacué est minime ou comporte de  $\frac{1}{2}$  à 1 litre et au-delà. La couleur en est d'ordinaire assez foncée, les selles qui viennent plus tardivement sont le plus souvent noires comme de la poix. LIEBERMEISTER affirme avoir observé des hémorragies chez 7,3 % des malades et GRIESINGER chez 5,3 %. Nous-même avons vu à la clinique médicale de Leipzig 45 hémorragies sur 472 cas, donc chez 9,5 %. La proportion diffère d'après les épidémies. En 1880 elle monta jusqu'à 18 %.

La *signification des hémorragies intestinales* est toujours sérieuse. Les hémorragies même légères ne sont pas à dédaigner, attendu qu'elles peuvent être les précurseurs de pertes plus considérables. Cependant les malades triomphent souvent de fortes entérorrhagies. Des 45 cas mentionnés plus haut, 26 se terminèrent par une guérison complète. Dans 8 cas la mort fut la suite immédiate de l'hémorragie, 11 fois la mort en fut encore la conséquence éloignée.

Après chaque hémorragie considérable, se manifestent les signes de l'*anémie* générale, souvent aussi du *collapsus*. La *chute de la chaleur* a déjà été signalée. La perte de sang agit parfois avantageusement sur les symptômes cérébraux graves, à telle enseigne que les malades plongés jusqu'alors dans la stupeur et le délire, reprennent plus de lucidité d'esprit. Souvent la guérison du typhus suit immédiatement l'hémorragie.

Infinitement plus pernicieuse que l'hémorragie est la *perforation* intestinale par rupture d'un ulcère typhique dans la cavité péritonéale, à raison de la *péritonite purulente* ou même *putride* qui en est la conséquence presque inévitable. Le moment de la perforation est souvent marqué par une *douleur vive*, subitement ressentie par le malade, mais peut aussi, dans des cas graves, passer facilement inaperçu. L'*abdomen* d'ordinaire se gonfle fortement (pas constamment) et devient *très sensible à la pression*, de façon que les malades, même dans l'état de stupeur, gémissent lors de l'examen. Si l'air est entré dans le péritoine par le pertuis de la perforation, on constate

souvent la disparition de la matité hépatique ; cependant ce symptôme ne doit être invoqué qu'avec réserve en diagnostic, attendu que la matité hépatique peut aussi être masquée par des anses intestinales gonflées de gaz et placées au-devant d'elle. Dès que la perforation s'est produite, le facies se grippe, les joues se creusent, le nez s'effile et se refroidit. Il se déclare des *réurgitations* et des *vomissements* répétés. Le *pouls* devient petit et très rapide, la *chaleur baisse* communément au moment de l'accident, plus tard elle subit fréquemment de grandes oscillations.

Les perforations se montrent le plus ordinairement dans la troisième et la quatrième semaine. Pourtant, en cas de fièvre lente, on a encore à redouter des perforations très tardives. La perforation se fait le plus souvent à une des dernières anses de l'iléon, qui occupent d'ordinaire la moitié droite du bassin, rarement à l'appendice vermiculaire ou au gros intestin. A de rares exceptions, la mort vient rapidement, au plus tard après quelques jours. Parmi 56 cas de mort par le typhus à la clinique de Leipzig, nous en avons perdu 5, c'est-à-dire 9 % de péritonite consécutive à la perforation. On cite quelques cas de *guérison*, dans lesquels l'inflammation se localisa, probablement par suite d'une rapide adhésion des intestins.

Disons encore que dans le typhus la *péritonite* partielle ou générale peut s'établir par propagation directe du processus à la séreuse *sans perforation proprement dite*. Dans un cas, nous avons observé, à la suite de la production de brides péritonéales et de pseudomembranes, une inflexion complète de l'intestin sur lui-même, l'*iléus* et la mort.

Presque aussi constamment que les altérations anatomiques de l'intestin, on rencontre dans le typhus un *gonflement des glandes mésentériques* (plus rarement des ganglions rétropéritonéaux). Parfois ces ganglions se ramollissent (suppuration). Dans des cas dont le parcours est achevé, on peut trouver ces glandes fortement imprégnées de sels calcaires. Ces altérations ont une certaine valeur *clinique*, en ce sens qu'on leur attribue, comme nous l'avons dit, la fièvre secondaire plus ou moins prolongée qui se montre parfois, sans cause appréciable, consécutivement au typhus. Dans quelques rares circonstances, on a aussi noté la péritonite générale à la suite de la fonte d'une glande entrée en suppuration.

Le *gonflement de la rate* (tumeur splénique aiguë) est, dans le typhus, comme dans beaucoup d'autres affections aiguës, un des symptômes les plus constants. Appréciable déjà vers la fin de la première semaine, la tuméfaction de la rate possède par conséquent une assez grande valeur diagnostique. Cependant la percussion de cet organe, précisément dans le typhus, est rendue difficile et incertaine par le météorisme coëxistant.

D'ailleurs on se rend le plus sûrement compte de l'agrandissement de la rate par la palpation, qui, une fois qu'on en a acquis l'habitude, donne, dans la plupart des cas, un résultat positif. L'*absence de tumeur splénique* s'observe le plus souvent dans le typhus des vieillards. De même, on peut constater un dégonflement considérable de la rate après de grandes hémorragies intestinales. Il est rare qu'on note *dans la région splénique des douleurs* provenant des tiraillements subis par la capsule distendue de la rate. Les *infarctus* qui s'y déclarent souvent, peuvent, dans certains cas, devenir le point de départ d'une péritonite.

Du côté du *foie*, il n'existe, à part un certain degré d'intumescence, presque pas de symptômes. Le processus anatomique de la *dégénérescence parenchymateuse*, et les petites et nombreuses *productions lymphomateuses* découvertes dans le foie par WAGNER, n'ont aucune valeur clinique. La *bile*, s'il s'en sécrète, est ordinairement pâle, peu abondante, d'où dépend en partie la coloration claire des selles. L'*ictère* s'observe rarement dans le typhus. Une complication très rarement vue par d'autres et une fois seulement par nous-même, c'est l'*atrophie jaune aiguë du foie*.

L'*estomac*, dans le typhus, ne présente pas de changements anatomiques spéciaux. L'*anorexie* est un symptôme presque constant au début et pendant la plus grande partie de la durée des cas graves. C'est seulement à l'aurore de la guérison, que se réveille un semblant d'appétit, qui, dans une convalescence non entravée, acquiert bientôt des proportions à donner envie. Les *vomissements* ne se déclarent en général au début ou dans le cours de la maladie, qu'à la suite d'un écart de régime. Nous en avons parlé plus haut, en tant que symptôme de péritonite.

Les altérations de la *cavité buccale* et du *pharynx* méritent beaucoup d'attention de la part du médecin. Les *lèvres* et la *langue*, dans les cas graves, sont sèches et crevassées. Les premières sont parfois couvertes de croûtes desséchées et noirâtres (*enduit fuligineux*). La langue, au début, est d'ordinaire fortement chargée, plus tard elle se nettoie en commençant par les bords et la pointe. Dans des cas sérieux, notamment quand la bouche n'est pas tenue dans un état de propreté suffisante, il se déclare aisément une *stomatite* intense qui peut aboutir à des ulcérations superficielles de la muqueuse buccale et de la marge de la langue. La *gencive* se relâche souvent, saigne facilement et prend un aspect *scorbutique*.

L'*angine* véritable est rare, du moins à en juger par notre expérience de Leipzig. La *dysphagie* dont le malade se plaint souvent, tient d'ordinaire à la sécheresse du pharynx. Dans quelques épidémies au contraire on a fréquemment observé l'angine au début de la maladie. Il peut même arriver

que cette angine initiale soit accompagnée d'un érythème diffus de manière à faire croire à une scarlatine. Dans des cas rares (dits *tonsillo-* ou *pharyngotyphus*) on voit sur les amygdales des élevures blanchâtres particulières qui s'ulcèrent dans la suite. Ces dernières doivent probablement être considérées comme une affection typhique spécifique des amygdales. — Disons encore que, dans les cas graves, la bouche et le pharynx sont souvent largement tapissés de *muguet* qui se propage parfois profondément dans l'œsophage.

Les modifications de la muqueuse buccale et pharyngée acquièrent une signification spéciale en ce qu'elles peuvent s'étendre par voie de continuité à d'importants *organes avoisinants*. En partant du pharynx, les agents phlogogènes passant à travers la trompe d'Eustache pénètrent dans l'oreille moyenne, et ainsi se produisent ces *inflammations* assez fréquentes, dans les cas graves, de l'oreille moyenne, qui donnent lieu à la perforation du tympan et à l'otorrhée purulente. Les *inflammations de la parotide* qui ne sont pas rares non plus, naissent, à notre avis, de la même manière, par le transport des ferments inflammatoires de la cavité buccale dans la parotide, à travers le canal de Sténon. Nous tenons par conséquent l'otite et la parotidite non pas pour des localisations particulières du poison typhique, mais pour de véritables « complications » (maladies secondaires), dont le typhus n'est que la cause occasionnelle (défaut de propreté de la bouche, etc.). La parotidite paraît le plus souvent pendant la troisième semaine, d'ordinaire d'un seul côté, parfois aussi elle est bilatérale. Presque toujours elle passe à la suppuration, s'ouvre au dehors ou dans le conduit auditif externe, quand elle n'est pas incisée à temps.

**2. Organes de la respiration.** Les *affections pulmonaires* font partie des complications les plus fréquentes et les plus importantes du typhus, mais le plus souvent elles ne relèvent *pas directement* de l'empoisonnement typhique. La *bronchite* qui ne manque jamais dans les cas graves, et particulièrement dans ceux qui ne sont soumis que tardivement à un traitement approprié, ne tient certainement et essentiellement qu'au *défaut d'expectoration des sécrétions bronchiques et à l'aspiration d'agents inflammatoires dérivant de la bouche et du pharynx*.

Nombre de typhus d'intensité légère et moyenne, traités convenablement, achèvent leur cours en l'absence de toute bronchite appréciable. Dans beaucoup d'autres cas, même graves, la bronchite se maintient dans des limites restreintes, surtout chez des malades qui sont entourés de bonne heure de soins et d'un traitement rationnels. Mais dans ces cas sérieux, où le système nerveux est profondément atteint, où les malades assoupis expec-

torent à peine, avalent souvent de travers, demeurent constamment affaiblés et immobiles dans le décubitus dorsal, une bronchite répandue et diffuse, surtout des lobes inférieurs, est presque inévitable. Alors aussi cela ne se borne pas à une simple bronchite; mais il s'y joint de la *pneumonie catarrhale* et *lobulaire* plus ou moins étendue, qui appartient par conséquent à la catégorie des *pneumonies dites par aspiration* (v. le chapitre de la pneumonie lobulaire). Ce qu'on désignait autrefois du nom de *pneumonie hypostatique* se rapporte presque exclusivement à cet état de choses.

Ce mode de formation des affections pulmonaires explique comment il se fait que la bronchite prend parfois le caractère putride et comment les foyers lobulaires passent souvent, dans les cas graves, à la purulence ou à la *gangrène* véritable. Si ces foyers parviennent jusqu'à la plèvre, ils donnent lieu à la production d'une *pleurésie* presque toujours *purulente*. Le *pneumothorax* par perforation d'un foyer gangréneux dans la plèvre, est un fait rare. — Plusieurs circonstances favorisent l'apparition des phénomènes pulmonaires. C'est ainsi que, chez les *vieillards*, chez les *cypho-scoliotiques*, chez les *emphysémateux* et les *cardiopathes*, etc., on voit avec une remarquable facilité, se développer des bronchites intenses avec leurs conséquences.

Quand le typhus se complique d'une affection pulmonaire, les *symptômes subjectifs se rapportant au thorax* prédominent rarement dans le tableau morbide. C'est par exception que les malades se plaignent dès le début de douleurs pectorales, d'oppression thoracique, de toux et du point de côté. Cependant, en ces cas, les données objectives fournies par l'examen du poumon ne présentent pas toujours un caractère nettement tranché. Les complications pulmonaires les plus graves se déclarent le plus souvent chez les malades dont le sensorium est plus ou moins stupéfié. Ces malades par conséquent accusent moins de douleur, ils ressentent à peine de la dyspnée, ne toussent et ne crachent guère. Dans des circonstances semblables, il n'y a qu'une minutieuse *investigation objective des poumons* qui puisse éclaircir la situation. A l'auscultation, dans des cas légers, on trouve de préférence des râles bronchiques, secs, sibilants; dans les cas plus graves, notamment aux deux bases, des craquements humides plus ou moins gros. Quand les râles humides sont abondants, on sera déjà autorisé à soupçonner l'existence de pneumonies lobulaires, bien qu'on ne pourra en avoir la certitude qu'à la suite de la confluence des foyers, formant des solidifications étendues qui donnent lieu à de la matité à la percussion.

Indépendamment des affections pulmonaires que nous venons de signaler, il se déclare aussi dans le typhus de véritables *pneumonies lobaires et croupales*. De fait celles-ci doivent probablement être prises en partie

pour des effets directs (localisations) du poison typhique. Toutefois la pneumonie croupale dans le typhus ne se distingue pas anatomiquement de la pneumonie commune vraie. Elle se montre souvent de bonne heure dans le second septénaire, et atteint aussi bien les lobes inférieurs que ceux du sommet. LIEBERMEISTER dit avoir parfois observé la pneumonie lobaire pendant la convalescence.

Les fièvres typhoïdes qui COMMENCENT par une pneumonie lobaire présentent un intérêt particulier. Souvent en ce cas on ne songe guère dès l'abord à une fièvre typhoïde et on croit avoir affaire à une pneumonie croupale commune. Cependant il est d'ordinaire à remarquer que la maladie ne débute pas brusquement avec un frisson, mais qu'elle a commencé petit à petit et que dès le principe, indépendamment des manifestations pulmonaires, les symptômes généraux, la céphalalgie et le gonflement de la rate ont prédominé dans le tableau morbide à un plus haut degré que cela n'a lieu dans la pneumonie ordinaire. Après le décours du premier septénaire, la crise ne se produit pas, mais la fièvre persiste. Alors les symptômes thoraciques se mettent d'ordinaire de plus en plus à l'arrière-plan ; par contre, les diarrhées se montrent, les taches rosées paraissent, la rate se tuméfie, — bref, on voit se dérouler l'appareil complet du typhus abdominal. Il est à présumer, bien que la supposition ne soit pas tout à fait fondée, qu'en ces cas, qu'on désigne du terme approprié de « *pneumo-typhus* », l'infection par les bacilles typhiques a eu lieu exceptionnellement par la voie pulmonaire et que dès lors c'est en cet endroit que les premières altérations anatomiques se sont développées.

*Affections du larynx.* La *laryngite catarrhale* simple qui produit l'enrouement, et qui, dans les cas plus graves, se combine avec des *ulcères* superficiels des cordes vocales ou de la paroi postérieure du larynx, doit être imputée aux mêmes causes que la bronchite, ou parfois aussi à des causes mécaniques (*décubitus du larynx*). Beaucoup plus dangereux, mais heureusement plus rares, sont les *processus qui entament plus profondément le larynx*, à savoir la *périchondrite laryngée* qui s'attaque aux cartilages aryténoïdes. Elle est à juste titre envisagée comme une complication d'un pronostic toujours très défavorable, qui peut entraîner, par un brusque *œdème de la glotte*, une coarctation excessive du larynx et la menace de l'asphyxie. Ces graves affections typhiques du larynx sont prises par quelques-uns, et notamment par KLEBS, comme des effets directs de l'empoisonnement typhique. Le plus souvent cependant il est probable qu'elles sont dues à l'introduction d'agents inflammatoires d'une autre nature (staphylocoques, etc.). — Nous avons à diverses reprises observé au cours du typhus le *croup laryngé*,

événement toujours très redoutable. Toutefois il est probable qu'il s'agissait constamment en ce cas d'une maladie secondaire.

Parmi les *affections de la muqueuse nasale*, les *hémorragies* doivent être mentionnées comme ayant une certaine importance. Elles se montrent assez fréquemment au début de la maladie, et exercent même alors une action favorable, en ce sens qu'elles calment parfois la céphalalgie. Plus tard, elles peuvent devenir une complication très fâcheuse, attendu qu'elles sont parfois difficiles à arrêter. Nous avons vu un cas se terminer fatalement par l'impossibilité d'étancher le sang. D'autres affections du nez ne se déclarent qu'exceptionnellement. C'est même un vieil adage, que le typhus ne commence jamais par un rhume de cerveau.

**3. Système nerveux.** L'ancienne désignation de *fièvre nerveuse*, encore employée aujourd'hui par le public pour désigner le typhus, indique la fréquence et l'intensité des désordres nerveux qui lui sont propres. Il est très rare que, dans les cas d'une certaine gravité, il n'y ait un léger degré d'*obtusion* du sensorium. Souvent elle s'accroît jusqu'à constituer une apathie plus profonde et de la somnolence. Les malades alors répondent par monosyllabes et imparfaitement à toutes les questions et le passé ne leur retrace que des souvenirs confus et contradictoires. Dans les cas les plus graves le malade descend jusqu'au *sopor* et au *coma* complet. Les vieux médecins appelaient toutes les affections de ce genre, caractérisées par de la dépression mentale, du nom de *fièvre nerveuse stupide*, par opposition à la *fièvre nerveuse versatile*, c'est-à-dire cette forme de fièvre nerveuse marquée par la prédominance d'excitations psychiques, surtout du *délire*. Dans les cas sérieux ce dernier est un phénomène habituel. Il est le plus intense pendant la nuit et quand les malades sont livrés à eux-mêmes. Obéissant à leurs hallucinations, les malades délirants cherchent à quitter le lit, s'entretiennent de personnes et de choses qui ont rapport à leurs relations antérieures, ou bien ils sont très bruyants et agités, et jettent des cris aigus quand ils sont tourmentés par des conceptions angoissantes. Ces diverses formes de phénomènes nerveux se succèdent très souvent ou se combinent entre elles. Parfois on entend des malades profondément stupéfiés marmotter doucement dans la poursuite de leur délire (délire avec *mussitation*).

Quand les désordres intellectuels s'étendent, il s'y joint parfois des *troubles de la motilité*. Quelques petits trémoussements agitent les muscles de la face et des membres. Les anciens appelaient *soubresauts tendineux* le soulèvement visible des tendons, qui s'opère lors de ces contractions, notamment au dos de la main. On considère à bon droit comme de mauvais augure le *grincement des dents*, provoqué par l'état spasmodique des mus-

cles de la mastication. Aux bras et aux jambes, de même qu'à la mâchoire inférieure, on voit parfois un *trémulus* continu, et c'est dans ces cas surtout, comme nous l'avons démontré chez de nombreux malades, que les *réflexes tendineux* et l'*excitabilité mécanique* des muscles s'exagèrent. Quand le coma devient plus profond, les muscles tombent au contraire dans le relâchement, les axes visuels perdent leur parallélisme, l'excitabilité réflexe diminue ou s'éteint presque complètement.

La *céphalalgie*, principalement de la région frontale et temporale, est un des symptômes les plus constants au commencement de la maladie. Le mal de tête peut prendre une grande intensité et adopter parfois un caractère presque névralgique. Au second septénaire il disparaît presque toujours.

Si maintenant l'on recherche la cause de tous ces graves symptômes nerveux, il faut remarquer à priori que les *altérations anatomiques* qu'on retrouve dans le système nerveux, spécialement dans l'encéphale ne sont nullement en rapport avec la gravité des symptômes observés pendant la vie. De petites hémorragies dans les méninges, l'aspect troublé et d'œdème de celles-ci, l'état humide de la substance cérébrale, etc., tels sont les faits qu'on constate souvent, mais dont la relation avec les phénomènes morbides est parfois plus que douteuse. Les altérations microscopiques qu'on prétend avoir découvertes dans le cerveau ne sauraient certainement pas encore être considérées comme acquises et ayant une signification réelle. Ce n'est que très rarement qu'on a trouvé de grandes hémorragies dans le cerveau ou bien la méningite purulente. On doit surtout être très réservé avec le diagnostic de cette dernière, parce que les *symptômes méningitiques* les plus saillants en apparence (la raideur de la nuque, la rigidité de toute la colonne vertébrale, la douleur de l'occiput, etc.) peuvent se produire chez les typhisés sans que l'autopsie révèle aucune trace de méningite.

L'opinion professée par LIEBERMEISTER, d'après laquelle les phénomènes nerveux seraient surtout la *conséquence* immédiate de l'*hyperthermie fébrile*, a rencontré assez de crédit parmi les médecins. Il nous est impossible, après une observation d'un très grand nombre de cas et instituée sans idée préconçue, de considérer cette théorie comme applicable à tous les faits. Bien qu'on ne puisse nullement mettre en doute l'influence nocive de l'excès de chaleur sur le système nerveux, le défaut de proportion entre le degré de la fièvre et la gravité des désordres nerveux, est, dans des cas nombreux, d'une indiscutable évidence. On voit des malades atteints plusieurs jours de suite d'une forte fièvre continue, se sentir pour le mieux subjectivement, et ne présenter aucun signe d'un désordre cérébral quelque peu notable; d'autre part on cite des faits contraires beaucoup plus nombreux où, dès le début,

il existe une fièvre à peine ébauchée, et malgré cela, les manifestations nerveuses les plus intenses. Récemment encore FRÄNTZEL a publié des faits de ce genre, excessivement frappants.

En conséquence, nous devons rechercher une autre cause spéciale qui rende compte des symptômes nerveux graves, et, d'après les idées actuellement reçues, elle ne saurait être autre qu'une *intoxication* de l'économie, *conséquence de l'infection spécifique*. Nous savons que toutes les bactéries, grâce à leur propre mouvement vital et aux processus chimiques qu'elles provoquent dans leur voisinage, donnent naissance à certaines substances chimiques, lesquelles, particulièrement en présence des « bactéries » dites « pathogènes », semblent être des corps *analogues aux alcaloïdes* (Ptomaine, Toxine) et qui exercent une action manifestement toxique sur l'organisme et notamment sur le système nerveux. Ces substances sont bien certainement produites par les bacilles typhiques, elles pénètrent dans le courant sanguin et constituent la cause principale des symptômes nerveux. La différence d'intensité de ces derniers dépend surtout de ce que ces toxines typhiques ne se forment pas toujours en égale quantité dans les différents cas et ne sont peut-être pas non plus exactement de même qualité, qu'en outre la réaction que le corps éprouve vis-à-vis de ces poisons n'est pas constamment identique. Si l'intoxication n'atteint pas toujours le plus haut degré, cela tient à ce que le poison est tantôt décomposé dans le corps, et tantôt en est promptement éliminé, surtout avec l'urine; c'est ce dont rend compte le fait intéressant, découvert par LÉPINE, BOUCHARD et autres, des propriétés toxiques que possède l'urine des typhus graves et qui ne se rencontrent pas dans l'urine normale.

Au surplus le développement de ces symptômes nerveux ne dépend pas seulement de causes objectives, il résulte aussi de la « prédisposition » des malades: c'est ainsi que certaines personnes présentent avec une fréquence remarquable un déploiement de phénomènes nerveux, au cours du typhus, comme par ex. les buveurs, les « névropathes », puis les gens qui, avant de tomber malades, ont passé par de violentes émotions morales, et ainsi de suite.

Des *phrénopathies* proprement dites ou des *psychoses* se manifestent assez fréquemment au cours du typhus ou pendant la convalescence. En général, elles ont le caractère de la *dépression mélancolique*. Nous avons vu à diverses reprises de ces états, où les malades étaient couchés au lit presque sans bouger, les yeux ouverts et prétendaient « qu'ils étaient morts », etc. Dans d'autres circonstances, il se déclare des *hyperphrénies*, associées parfois à des hallucinations ou à divers états de manie. Une fois nous avons