

précoce, forte, mais de courte durée; la putréfaction est d'ordinaire très rapide.

## SYMPTOMES ET MARCHÉ (1).

Les PRODROMES ne sont point ordinaires dans le typhus exanthématique; ils consistent dans l'ensemble des phénomènes généraux qui caractérisent l'invasion de toutes les maladies aiguës, mais à ces éléments

(1) TWEEDIE, *Obs. on a peculiar swelling of the lower extremities after Fever* (Edinb. med. and surg. Journ., 1828). — WALLACE, *Essay on a peculiar inflammatory disease of the eye, as a sequela of Fever* (Med. chir. Trans., 1828). — JACOB, *On internal Inflammation of the eye following Typhus fever* (Trans. of the Queen's College of Phys. in Ireland, 1828). — GRAVES and STOKES, *Painfull Swellings of the lower extremities after Fever* (Dublin Hosp. Reports, 1830). — GRAVES, *On the state of the pupil in typhus, etc.* (Dublin Journ. of med. Sc., 1838). — HENDERSON, *On the Symptoms and Treatment of the epid. Fever of Edinburgh* (Edinb. med. and surg. Journ., 1839). — STOKES, *Researches on the state of the Heart and use of Wine in Fever* (Dublin Journ. of med. Sc. 1839).

HUDSON, *On the connexion between Delirium and certain states of the Heart in Fever* (Dublin. Journ. of med. Sc. 1842). — DRYSDALE and RUSSELL, *On the Pathology of Typhus* (Edinb. Month. Journ. of med. Sc., 1842). — MALCOLM, *Experiments on the proportion of carbonic acid formed during respiration in Typhus* (Eodem loco, 1843). — TAYLOR, *On the presence of urea in the blood in the prevailing Fever and in Typhus* (Scottish and North Eng. med. Gaz., 1844). — MACKENZIE, *Account of the epid. remittent fever at Glasgow in 1843, and of the post-febrile Ophthalmitis* (London med. Gaz., 1843). — AITKEN, *Remarks on Convulsions in Typhus fever* (Month. Journ. of med. Sc., 1848).

EDWARDS, *On the condition of the urine in Typhus and Typhoid fevers* (Month. Journ. of med. Sc., 1853). — KENNEDY, *On slow Pulse in Fever* (Dublin Journ. of med. Sc., 1853). — TROTTER, *On albuminous urine in contin. fever* (The Lancet, 1854). — VIALE et LATINI, *De l'ammoniaque dans la respiration* (Union méd., 1854). — STEVEN, *On convulsions in typhus, and their probable connection with nephritic disease* (Glasgow med. Journ., 1855). — MAYR, *Ueber Typhus-Exanthem und dessen Beziehung zu Scharlach* (Wochenbl. der Zeits. Wiener Aerzte, 1856). — PARKES, *On the Urine of Exanthematic Typhus* (Med. Times and Gaz., 1857). — JONES, *Obs. on Elimination in Fever* (Brit. med. Journ., 1857). — WUNDERLICH, *Ueber den normalen Verlauf einiger typischen Krankheitsformen* (Arch. f. physiol. Heilk., 1858). — BEDFORD BROWN, *On the state of the nutritive functions during the progress of Continued Fever* (Americ. Journ. of med. Sc., 1859). — GAIRDNER, *Clinical notes on Fever* (Edinb. med. Journ., 1859). — BELL, *Pathology and Therapeutics of Typhus fever* (Glasgow med. Journ., 1860). — KENNEDY, *Further obs. on Typhus and typhoid fever* (Dublin. Quart. Journ., 1862). — JOHNSON, *Clinical Lect. on Typhus* (Med. Times and Gaz., 1862). — HERMES, *De typho exanthematico*. Berlin, 1863. — BRECHLER, *Einige Mittheilungen über Typhus* (Allg. Wien. med. Zeit., 1863).

communs viennent parfois s'ajouter quelques traits plus caractéristiques; ce sont des douleurs violentes dans les membres et dans la région lombaire, ces dernières rappelant tout à fait la rachialgie de la variole, une

SKODA, *Bemerkungen über Typhus* (Eodem loco, 1864). — GAIRDNER, *Obs. on the course of typhus fever* (The Lancet, 1865). — GARROD, *The natural course of Typhus* (Eodem loco, 1866). — SQUAREY, *Cases illustrative of the temperature in Typhus fever* (Eodem loco). — ANDERSON, *Researches on the daily excretion of urea in Typhus fever* (Edinb. med. and surg. Journ., 1866). — MURCHISON, *Cases of Typhus fever* (Med. Times and Gaz., 1867). — SQUAREY, *Obs. on the temperature and the urine in Typhus fever* (Med. chir. Transact., 1867). — GRIMSHAW, *On the value of thermometric obs. in Typhus fever* (Dublin quart. Journ., 1867). — Le même, *Sphygmographic obs. on the pulse of typhus* (Eodem loco). — ZUELCHAUER, *Verschiedenartige Typhusflecke und ihre prognostische Bedeutung* (Berlin. klin. Wochen., 1868). — KIERSKI, *Kurze Notiz über das Verhältniss von Typhus exanthematicus und Morbilli* (Eodem loco). — WEGENER, *Zur Path. und Therapie des exanthematischen Typhus* (Jahrb. f. Kinderheilk., 1868). — MUEHLER, *Beobacht. über Typhus*. Greifswald, 1868. — CHALLAN, *Le typhus à Médéadh en 1868; étude sur la chaleur propre à cette maladie* (Gaz. méd. Strasbourg, 1868). — TOMMASI, *Appendice alle lezioni sul dermatofio* (Il Morgagni, 1868). — DALBY, *A peculiarly malignant case of typhus fever* (Brit. med. Journ., 1868). — SIBSON, *Petechial typhus fever in a boy* (Eodem loco). — GRIMSHAW, *Report on two cases of typhus fever* (Med. Press and Circular, 1868). — ROBINSKI, *Ein Beitrag zur Symptomatologie und Therapie des Typhus exanth.* (Berlin. klin. Wochen., 1868). — MILLER, *On the range of temperature in typhus and enteric fever* (Brit. and for. med. chir. Review, 1868). — RUSSELL and COATS, *On the excretion of urea in typhus, in relation to the temperature* (Glasgow med. Journ., 1869). — BORLAND, *Typhus fever without eruption* (Boston med. and surg. Journ., 1869). — OEDMANSSON, *Fall af typhus exanthem.* (Hygiea, 1870).

BRESSLAUER, *Mittheilungen über die während der Epidemie 1870-71 auf der Abtheilung Prof. LÖBEL's beobachteten Typhusfälle* (Med. Jahrb. d. Wiener Aerzte, 1871). — CAMPBELL, *Case of acute petechial Typhus* (The Lancet, 1871). — LANGE, *Ein Fall von Hungertyphus* (Memorabilien, 1871). — ULRIC, *Gives der en ambulatorisk Form af exantematisk Tyfus* (Ugeskrift f. Læger, 1872). — BERNHEIM, *Notes sur un cas de typhus exanthémat.* (Gaz. hebdom., 1873). — ASHBY, *Case of typhus fever rapidly fatal* (The Lancet, 1874).

WARFVINGE, *Om olikheten mellan exantematisk Tyfus och Tyfoidfeber* (Nord. med. Arkiv, 1875). — SCHNEIDER, *Neun Fälle von Typhus exanthematicus*. Berlin, 1876. — HEITLER, *Bericht über die im Jahre 1875 auf der Klinik des Prof. LÖBEL beobachteten Fälle von Typhus exanthematicus* (Oester. med. Jahrb., 1876). — MOORE, *Cases of typhus fever of short duration* (Dublin Journ. of med. Sc., 1876). — MARTIN, *Typhus fever, character of the eruption doubtful in the commencement* (Med. Press and Circular, 1876). — JACOBS, *Ein Fall von Typhus inversus bei Fleckfieber* (Virchow's Archiv, 1876).

BODENSTEIN, *Klin. Beobachtungen bei einigen im Sommer 1878 in der Greifswalder med. Klinik vorgekommenen Fälle von Typhus exanthematicus*. Greifswald 1879. — WERNER, *Recurrens bei einem Flecktyphus-Reconvalescenten* (Deut. med. Wochen. 1880).



rougeur vive de la face, avec *injection des conjonctives*, parfois des symptômes d'*enchifrènement* et de *catarrhe bronchique*, qui, joints à la rougeur oculaire, établissent une véritable analogie entre cette période et le stade correspondant de la rougeole. Dans d'autres cas, les prodromes sont plus en rapport avec les symptômes qui deviendront dominants dans la maladie confirmée, ce sont déjà des *troubles de l'innervation*; il y a de la douleur de tête, du vertige, de la lenteur et de la difficulté dans l'idéation, et souvent alors on observe deux phénomènes de majeure importance sur lesquels mon éminent ami le professeur Chauffard a particulièrement appelé l'attention, savoir de la *difficulté dans la parole avec tremblement de la voix* et des membres surtout des bras, et un *bruissement d'oreilles* que sa persistance rend fort pénible pour le patient. — *L'épistaxis* est fort rare; je ne la trouve notée que par Theuerkauf (Göttingen) et par Becher (Stallupönen), et ces deux observateurs la signalent eux-mêmes comme tout à fait exceptionnelle.

Le DÉBUT BRUSQUE est la règle, et cette brusquerie a vraiment quelque chose de spécial dans sa brutalité, qui est telle que les malades peuvent le plus souvent indiquer avec une précision toute mathématique l'instant où ils ont ressenti la première atteinte du mal; un *frisson* est le symptôme initial de la **période d'invasion**; frisson unique s'il est intense et prolongé, pouvant dans le cas contraire reparaitre durant les deux ou trois premiers jours; ce frisson est parfois accompagné de vomissement, en tout cas il est suivi d'emblée par un abattement des plus marqués; à peine atteint, le malade cherche le lit, il souffre d'une céphalalgie violente, il se plaint d'être déjà sans force, les mouvements sont hésitants et tremblants, il y a de l'incertitude dans la parole, les membres sont le siège d'élanements douloureux, le désir de les diminuer par le repos ajoute à l'apathie du patient, qui conserve une immobilité complète; il y a du vertige, des bourdonnements d'oreilles, et le trouble de l'idéation se manifeste dès ce moment par l'incohérence, la mobilité des idées; l'insomnie est complète, ou bien le sommeil est agité par de bruyantes divagations, il y a de la mussion et un délire qui est d'ordinaire doux et tranquille. Parfois cependant il n'en va pas ainsi: certains malades sont dès le début en proie à une violente agitation; dès les premières heures le délire devient furieux, et il est accompagné d'impulsions locomotrices qui imposent la nécessité des moyens coercitifs; j'ai vu un ou deux cas de ce genre. Il est de règle que ces phénomènes d'invasion soient enchaînés sans intervalle aux symptômes ultérieurs, le développement et l'évolution de la maladie procédant par continuité et tout d'une pièce; mais cette règle a ses exceptions qu'il importe de connaître sous peine de graves erreurs. — Au lieu d'être continue et progressive, l'invasion peut être intermittente et comme

oscillante; comme dans le premier cas, le frisson, la fièvre et une céphalalgie forte obligent le malade à se coucher; mais quelques heures après ou le lendemain au plus tard, il se trouve si bien qu'il se croit guéri, il se lève et peut même reprendre son travail; après vingt-quatre heures en moyenne, survient un nouvel accès semblable au premier; si le délire a manqué dans le paroxysme initial, il apparaît certainement dans le second. Une observation attentive démontre que, dans les intermissions, le malade, quoique bien portant en apparence, reste sombre, taciturne, et cette modification psychique est d'un grand secours pour le diagnostic. Ces alternatives peuvent se répéter deux ou trois fois, plus rarement quatre, de manière à embrasser une période de quatre à sept jours, après quoi survient l'état continu de la forme commune. Ces faits ont été très nets dans la petite épidémie dont j'ai donné plus haut la relation, et cette modalité spéciale de l'invasion mérite d'être mieux connue (1).

Avec la fièvre et les troubles d'innervation qui marquent le début de la maladie, apparaissent la rougeur du visage et l'injection des yeux qui concourent avec la stupeur à donner au facies un aspect caractéristique; s'il y a eu des prodromes, ces symptômes s'accroissent alors, et un CATARRHE BRONCHIQUE caractérisé par une toux quinteuse, rauque, pénible, et par l'expectoration de mucosités visqueuses parfois teintées de sang, survient avec une régularité presque constante; souvent il coïncide avec un catarrhe oculo-nasal, lequel toutefois peut manquer tout à fait. C'est alors aussi qu'on peut observer l'*épistaxis*, qui sans être ordinaire, est pourtant moins rare dans la période d'invasion que dans la période prodromique (2). Du reste, la fréquence de ces déterminations catarrhales varie beaucoup dans les diverses épidémies; ainsi Stokes en Irlande, Theuerkauf à Göttingen signalent la bronchite comme très ordinaire, Behse à Dorpat l'observe constante, mais Moers à Bonn est conduit à la considérer comme très rare. — Même observation pour la *conjonctivite*, qui manque dans certaines épidémies, tandis que von Pastau à Breslau l'a vue chez 43 pour 100 des malades.

L'APPAREIL DIGESTIF ne présente guère d'autres désordres que les

(1) D'après des observations faites à Mexico en 1864, Brault a signalé un autre mode de début: après l'accès de fièvre du premier jour, il y avait souvent apyrexie presque complète pendant six jours; le septième jour la fièvre se rallumait et l'exanthème apparaissait. Cette marche est tout à fait anormale, tant par la durée de l'apyrexie que par la date de l'éruption, et je dois dire que je n'ai pas rencontré de faits analogues dans les nombreuses relations d'épidémies qui ont servi de base à mon étude.

(2) MOERS (Bonn, 1866). — DA COSTA (Philadelphie, 1866) dans un huitième des cas; elle était un indice de gravité.

WARFVINGE (Stockholm, 1875) trois pour cent.



symptômes d'un état catarrhal de l'estomac; la langue est chargée d'un enduit blanchâtre, sur les gencives on trouve souvent (constamment d'après Delange) un *liséré blanc de perle*; il y a parfois un peu de gêne de la déglutition par suite d'un léger catarrhe du pharynx; on observe de la sensibilité et même de la *douleur à l'épigastre*, mais *non dans le ventre*; ce dernier est souple et mou, la *constipation* est la règle, quels que doivent être ultérieurement les phénomènes abdominaux; si par exception il y a de la diarrhée, il ne s'agit que de quelques selles sans caractères spéciaux; en revanche la *TUMÉFACTION DE LA RATE* commence à être appréciable.

La période d'invasion a une *DURÉE* de trois à cinq jours; rarement elle atteint six jours, plus rarement encore persiste-t-elle jusqu'au septième; sa terminaison est marquée par l'apparition de l'exanthème, qui a valu à la période d'état ou d'acmé du typhus la désignation fort juste de stade d'éruption.

Le *cycle fébrile* est tout à fait caractéristique, et la température présente des particularités qui la distinguent nettement de celle de la fièvre typhoïde (1). La chaleur croît d'une manière continue pendant les trois ou quatre premiers jours, de manière à atteindre le maximum presque sans oscillations et en un temps beaucoup plus court que dans le typhus abdominal; ce maximum dépasse d'ordinaire 40 degrés le soir, et il persiste durant toute la période d'éruption; en général c'est la veille du jour où l'exanthème se montre qu'on observe le chiffre le plus élevé du cycle. La fièvre n'est pourtant pas continue, et l'uniformité de la ligne thermique est rompue par les *rémissions du matin*; mais celles-ci sont ordinairement moins amples que dans la fièvre typhoïde, et Wunderlich, qui a le premier signalé le fait, l'a donné comme un signe différentiel; malheureusement on ne peut lui attribuer une semblable valeur, parce qu'il n'est pas absolument constant; les observations de Hermes, provenant de la clinique de Frerichs, montrent des dépressions matinales tout aussi grandes que dans l'autre espèce de typhus; Moers à Bonn a constaté que ces rémissions sont comprises entre 0°,6 et 1 degré, et Rosenstein à Groningue a été conduit par ses observations à dénier toute valeur diagnostique au peu d'amplitude des chutes du matin. C'est aller trop loin; lorsque le signe existe, il est très bon, et il importe seulement de savoir qu'il n'est

(1) WUNDERLICH (Leipzig). — GRIESINGER (Zurich). — HERMES (Berlin). — MURCHISON (Londres). — RUSSEL (Glasgow). — MOERS (Bonn). — THOMPSON, GARROD (Londres). — DAVIES (Bristol). — GRIMSHAW, SQUAREY (Londres). — THEUERKAUF (Göttingen). — BECHER (Stallupönen). — VARRENTTRAPP (Frankfurt a. M.). — ROSENSTEIN (Grœningen). — CHALLAN (Médéah). — PASSAUER (Prusse orientale). — VON PASTAU (Breslau). — MILLER (Edinburgh). — BEHSE (Dorpat).

NORDT (Gedern). — WARFVINGE (Stockholm). — HERRMANN (Pétersbourg). — KACZOROWSKI (Posen).

pas constant; ce qui en revanche est vraiment caractéristique, c'est la *précocité du maximum thermique*, et la *rapidité initiale de l'ascension* par laquelle il est atteint; dès le soir du premier jour on peut observer de 39 degrés à 39°,4, voire même de 39°,9 à 40°,5 (Garrod), et le soir du deuxième jour de 40° à 41°; nous voilà bien loin des oscillations ascendantes qui conduisent en six jours en moyenne au maximum du typhus abdominal. — Du sixième au huitième jour, plus ordinairement le septième, il y a une *rémission profonde* analogue à celle qu'on observe vers le même temps dans la fièvre typhoïde; dans les cas tout à fait légers cette rémission est le signal de la chute définitive de la fièvre; ordinairement elle fait place à une nouvelle élévation, qui ramène les chiffres maxima propres à la période d'état ou d'éruption. Cette rémission du septième jour ne paraît manquer que dans les cas très graves. A partir de ce moment et jusqu'à la fin de l'acmé, les oscillations thermiques quotidiennes prennent plus d'amplitude. — Telle est la fièvre des deux premières périodes; le *POULS* a une grande fréquence et il suit en général les modifications de la température; le *dicrotisme* est bien plus rare que dans le typhus abdominal, mais il est parfois observé; quant aux qualités de force, de dureté, elles sont subordonnées à l'état des forces et à l'état du cœur, il est impossible d'en rien dire de général.

Par exception la fièvre peut débiter par des *ACCÈS INTERMITTENTS*, dont la périodicité est assez régulière pour créer une réelle difficulté de diagnostic; ce caractère peut persister pendant trois à cinq jours et même davantage. Cette importante anomalie s'est montrée avec une certaine fréquence dans l'épidémie de Posen en 1877 (Kaczorowski).

**Période d'état ou d'éruption.** — L'*EXANTHÈME* qui marque le début de cette période apparaît dans la généralité des cas du troisième au cinquième jour inclusivement; les dérogations à cette règle ne sont point le fait de cas isolés, elles sont observées comme caractère dominant dans certaines épidémies (1). L'éruption est constituée par des taches d'un rose plus ou moins vif; souvent elles ne font aucune saillie à la surface de la peau et sont semblables alors aux taches de *roséole*; mais, dans un grand nombre de cas, elles sont légèrement élevées, elles ont le caractère papuleux, et par là elles reproduisent tout à fait l'aspect des taches de *rougeole*. Comme l'une ou l'autre de ces formes domine presque exclusivement dans certaines épidémies, on conçoit que l'exanthème typhique ait été comparé tantôt à la roséole, tantôt à la rougeole; le fait

(1) OESTERLEN (Dorpat) du 5<sup>e</sup> au 8<sup>e</sup> j. — FRANK (Pleschen) du 5<sup>e</sup> au 7<sup>e</sup> j. — THEUERKAUF (Göttingen) du 3<sup>e</sup> au 4<sup>e</sup> j.

NORDT (Gedern) du 2<sup>e</sup> au 7<sup>e</sup> j. — WARFVINGE (Stockholm) du 4<sup>e</sup> au 5<sup>e</sup> j. — BENARY (Berlin) 2<sup>e</sup> jour. — KACZOROWSKI (Posen) du 3<sup>e</sup> au 5<sup>e</sup> j.

JACCOUD. — Path. int., 7<sup>e</sup> édit.



est que les deux comparaisons sont justes parce que les deux formes existent, et je n'oserais pas même dire avec Griesinger que la roséolique est la plus fréquente des deux. Débutant par la partie inférieure du thorax ou par l'abdomen, plus rarement par le dos, l'éruption s'étend rapidement à toute la surface du corps, principalement sur les membres, ne respectant que le visage, le cuir chevelu, la paume des mains et la plante des pieds; ces exceptions mêmes ne sont pas constantes, ainsi que le témoignent les observations de Virchow. Il est très rare que les taches arrivent à une cohérence générale, mais elles peuvent être très rapprochées sur certains points, de manière à former des groupes irréguliers qui tranchent sur les macules isolées. L'éruption est souvent accompagnée d'une *rougeur érythémateuse diffuse* qui persiste un jour ou deux après l'apparition des taches; si dans ce cas elles sont papuleuses, la ressemblance avec la rougeole est aussi complète que possible, d'autant plus qu'à ce moment aussi l'injection des conjonctives, le catarrhe nasal et bronchique sont à leur maximum de développement. En raison même de son abondance, l'exanthème a besoin d'un certain temps pour se compléter; il y emploie ordinairement deux jours, trois au plus, mais il ne procède jamais par poussées successives. Papuleuses ou non, les taches à leur début ne sont dues qu'à une *hyperhémie simple* dans les réseaux capillaires, *elles s'effacent complètement sous la pression*.

Avec cette éruption superficielle on observe assez souvent d'autres taches qui sont plus pâles, moins distinctes, plus profondes pour ainsi dire, et qui pour ce fait ont été dénommées *taches sous-épidermiques*; lorsqu'elles sont abondantes, elles forment dans la peau un *fond marbré*, sur lequel se détachent nettement les macules plus sombres de l'exanthème régulier.

Bien éloignée déjà de la roséole typhoïde par sa précocité et par son abondance, l'éruption du typhus ne s'en sépare pas moins par son évolution ultérieure. Elle persiste ordinairement jusqu'à la fin de la seconde semaine, ce qui lui donne une durée moyenne de huit à onze jours; mais pendant ce temps elle subit de remarquables modifications qui ont pour résultat la *transformation des macules exanthématiques en taches pétéchiâles*. C'est le deuxième ou le troisième jour à compter du début de l'éruption qu'apparaissent les premiers signes de cette métamorphose; si les taches étaient saillantes, elles perdent leur élévation, leur teinte devient moins vive, plus sombre, et bientôt elles ne disparaissent plus par la pression; à l'hyperhémie a succédé une petite hémorrhagie, ou une simple transsudation d'hématine (*pseudo-hémorrhagie*, Jaccoud), et seulement alors le typhus mérite la qualification de pétéchiâle qui lui est si souvent appliquée. Il peut se faire que toutes les taches ne présentent pas cette transformation, mais il est de règle qu'elle se montre au moins sur un certain nombre d'entre elles; dans ce cas, les macules

restées exanthématiques disparaissent avec la crise ou peu après, tandis que les taches devenues pétéchiâles persistent encore pendant la convalescence sous forme de *taches pigmentaires*. Cette transformation de l'exanthème n'a point la signification pronostique redoutable qu'on serait tenté de lui attribuer théoriquement; elle appartient à l'évolution normale de la maladie, et n'implique point l'imminence d'une diathèse hémorrhagique aiguë. — Dans quelques cas que je considère comme exceptionnels, la disparition de l'exanthème est suivie d'une *desquamation* qui marche de haut en bas, et qui, furfuracée sur le tronc, peut être membraneuse aux mains et aux pieds (Moers, Theuerkauf).

L'éruption peut manquer totalement, et c'est surtout chez les malades âgés de moins de quinze ans que cette anomalie est observée; sa fréquence varie du reste dans les diverses épidémies en raison de la proportion également variable des cas légers, qui sont bien plus sujets que les autres à évoluer sans exanthème; d'après le relevé de Murchison provenant du London Fever Hospital, l'éruption n'a manqué que dans 11,5 pour 100, tandis que Behse dans l'épidémie de Dorpat (1874) en a constaté l'absence dans une proportion de 18,63 pour 100. Il est à peine besoin de faire remarquer que l'on ne doit conclure à l'absence d'éruption qu'après de minutieuses et attentives recherches; il peut se faire que l'exanthème superficiel ou régulier fasse défaut, mais que l'exanthème profond qui donne lieu à la marmorisation de la peau soit présent, auquel cas il est extrêmement facile de le méconnaître, et d'admettre à tort que toute éruption fait défaut.

Tel est l'exanthème normal du typhus; mais d'autres manifestations cutanées peuvent être observées, les principales sont les suivantes: des *pétéchies primitives* ne résultant pas de la transformation de taches exanthématiques; en Crimée, cette anomalie était fréquente et elle a pu être attribuée à l'influence du scorbut, mais cette coïncidence n'est pas nécessaire pour la production de ce phénomène; cela ressort nettement des observations de Passauer dans la Prusse orientale en 1869; — des *sudamina* (Jenner, Murchison, Barrallier, Theuerkauf, Frank); — de *l'herpès* (Jacquot, Murchison). Cette éruption qui occupe les lèvres peut être précoce et devancer même l'éruption typhique; elle expose grandement alors à une erreur le diagnostic; — des *vésicules* présentant la marche de la varicelle (Weiss). — Une anomalie plus rare encore est celle qui a été observée par Zuelchauer dans le typhus de Graudenz en 1868; la roséole caractéristique apparaissait aussitôt après le frisson initial qui était très violent; puis les macules se transformaient par fusion en grandes plaques dont les dimensions dépassaient celles d'un double thaler, et qui par leur coloration rappelaient l'aspect du pityriasis versicolor; ces plaques siégeaient sur la poitrine et sur le ventre, parfois sur



les extrémités. Ce symptôme a été observé chez des hommes robustes et bien nourris, de 35 à 40 ans; il était d'une extrême gravité, presque tous les malades qui l'ont présenté ont succombé.

Avec l'apparition de l'exanthème tous les symptômes redoublent de violence; la FIÈVRE parvenue à son acmé s'y maintient avec de faibles rémissions matinales, dans les cas graves la rémission du septième jour fait défaut; le malade cesse de se plaindre de la tête et des membres parce que la perception est abolie; quel qu'ait été jusqu'alors l'état de l'idéation, le DÉLIRE arrive à son maximum, et s'il est vrai qu'il garde assez fréquemment le caractère doux et tranquille, il n'est pas moins positif qu'il est généralement remarquable entre tous les délires par sa furieuse et indomptable violence; les *impulsions locomotrices*, issues des conceptions erronées qui envahissent et absorbent l'intellect, deviennent incoercibles; le patient échappe, s'il n'est maintenu de force, pour fuir le danger imaginaire qui le menace, pour atteindre un but fantastique dont la nécessité s'est imposée à son imagination pervertie; ce n'est point assez qu'il quitte son lit, il s'élance hors de la chambre, hors de la maison, et devenu libre, il fournit une course désordonnée qui n'a d'autre terme que l'extinction de ses forces, il tombe alors prostré, anéanti, on le reporte dans son lit comme une masse inerte, mais à peine le repos a-t-il dissipé cette névrosie générale, suite nécessaire de la formidable excitation de l'appareil nerveux, que l'agitation cérébrale renaît, ramenant avec les conceptions délirantes la même série d'incidents. Les *impulsions suicides* sont un autre trait dominant du délire dans le typhus; et qu'on y prenne garde, elles n'appartiennent point seulement à la forme violente de ce désordre, elles existent tout aussi pressantes dans les formes les plus douces, et même elles peuvent être la première manifestation de la perturbation cérébrale; le malade a montré jusqu'alors une apathique indifférence, il a été sombre, il a été taciturne, mais enfin il n'a donné aucun signe extérieur de délire, et tout à coup sans se départir un instant de cette tranquillité trompeuse, il se tue en se jetant par la fenêtre. Ce suicide à froid, qui a toutes les apparences d'une résolution délibérée, n'en est pas moins, comme tantôt, un acte involontaire issu, par un logique et fatal enchaînement, de la sensation ou de la conception vicieuse qui a égaré le jugement. Il est remarquable que dans les cas de ce genre la fièvre peut être très médiocre, de sorte qu'on n'est point fondé à imputer à l'hyperthermie le désordre fonctionnel des cellules cérébrales; il faut nécessairement le rattacher au trouble nutritif que subissent les organes de l'idéation, sous l'influence d'un sang spécifiquement altéré.

Le délire violent avec impulsions locomotrices et suicides est exceptionnel dans la fièvre typhoïde; il y est cependant parfois observé ainsi du reste que dans la variole; mais quant au délire et au suicide à froid

dont je viens d'exprimer les traits, je le tiens pour exclusivement propre au typhus exanthématique.

Tranquille ou violent, le délire n'est point continu; il est interrompu, surtout le matin et dans la journée, par des périodes d'affaissement et de silence, précurseurs certains de la stupeur permanente qui remplacera bientôt l'agitation cérébrale et le désordre musculaire.

En cette situation, du cinquième au septième jour en général, surviennent les signes de l'AFFAIBLISSEMENT DU CŒUR. Ce phénomène, de majeure importance, qui tient sous sa dépendance toute une série de modifications pathologiques, est annoncé par la diminution du choc cardiaque, par l'affaiblissement des deux tons normaux, notamment du premier, et dans les cas extrêmes par la disparition complète de ce premier claquement; le pouls devient faible, petit et dépressible. Cette parésie du cœur ne manque que dans les cas légers ou de moyenne intensité; elle est constante dans les cas graves, et par les changements qu'elle apporte dans la circulation périphérique, elle est bientôt suivie de l'ensemble des phénomènes qui constituent le *status typhosus*. L'irrigation artérielle de l'encéphale est moins puissante, c'est déjà pour l'agitation et le délire une cause efficace de diminution; mais la faiblesse cardiaque a pour conséquence plus éloignée le ralentissement de la circulation veineuse, d'où résulte un certain degré de stase dans les vaisseaux en retour de l'extrémité céphalique, de là, au lieu de l'activité exagérée de tantôt, l'anéantissement graduel des fonctions cérébrales jusqu'à la stupeur caractéristique. Dans les réseaux cutanés cette répartition vicieuse du sang a pour effets des stases partielles qui se manifestent d'abord au visage, dont les joues sont plaquées de grandes taches d'un rouge violet; les extrémités sont livides, l'activité de l'hématose interstitielle y est amoindrie en proportion du ralentissement du cours du sang, et l'on peut alors constater un refroidissement réel des extrémités, lequel contraste d'étrange sorte avec la température centrale qui est à son maximum; à ce moment survient la *transformation pétéchiale de l'exanthème* que je n'hésite pas à rapporter au même ordre de causes, c'est-à-dire à la parésie cardio-vasculaire; et cette mutation, qui marque l'enveloppe cutanée de taches sombres plus ou moins nombreuses, complète un habitus extérieur vraiment caractéristique, dont on chercherait vainement l'analogie dans aucune autre maladie.

Cependant le délire se calme, l'agitation fait place à la stupeur, et vers le neuvième ou le dixième jour, le patient est vraiment séparé du monde extérieur par l'insensibilité absolue qui constitue le degré le plus élevé de l'ÉTAT TYPHIQUE. Affaîssé dans le décubitus dorsal, les yeux demi-clos, les membres inférieurs déjetés passivement sur la face externe, les mains entre les cuisses, le malade est dans un complet anéantissement, souvent même il glisse vers le pied de son lit comme une