

masse inerte; il garde le silence ou bien il murmure quelques paroles incohérentes et indistinctes, vestiges à peine saisissables de l'activité encéphalique éteinte; il ne reconnaît aucune des personnes qui l'entourent, il demeure immobile dans sa stupeur malgré les excitations les plus vives, ou s'il en sort, ce n'est que par une réaction automatique: il accomplit tant bien que mal l'acte qui lui est demandé, mais il y persiste jusqu'à ce qu'une nouvelle excitation le ramène au point de départ par une impression purement machinale, qui se passe entièrement en dehors du moi sensible; ainsi, il sort la langue de la bouche sur la demande qui lui en est faite, mais il la laisse pendante au dehors, tant qu'une nouvelle interpellation ou un attouchement ne réveille pas l'activité inconsciente du mésocéphale. Dans d'autres cas, le malade, tout en étant plongé dans cet état de torpeur, conserve un reste de l'agitation initiale au moins dans l'appareil spinal; on observe alors de la carphologie, de la jactitation, plus rarement du grincement de dents, des soubresauts de tendons; ou bien le patient épluche ses couvertures, ou il agite ses bras dans le vide comme pour saisir quelque objet imaginaire, ou quelque être chimérique qui l'obsède et le poursuit. — Les phénomènes peuvent encore s'enchaîner suivant une autre modalité qu'il importe de connaître afin de prévenir les dangers qu'elle peut présenter soit pour le malade, soit pour son entourage; ici l'état typhique, quoique présentant l'ensemble de ses caractères, n'est pas permanent; il est soudainement interrompu, et cela à plusieurs reprises, par le *retour du délire* avec toutes les violences, toutes les impulsions redoutables de la phase précédente. Les cas de ce genre sont au nombre des plus graves.

Tandis que la parésie cardiaque et la névrosie cérébro-spinale engendrent par une constante subordination les symptômes qui viennent d'être décrits, la langue devient rouge, sèche et rugueuse, des mucosités visqueuses l'agglutinent à la voûte palatine et aux parois de la bouche, bientôt elle s'encroûte de fuliginosités ainsi que les lèvres, et les narines deviennent pulvérulentes. Cet état qu'un simple coup d'œil sur le tégument externe suffit pour différencier de la fièvre typhoïde, s'en sépare non moins nettement par l'ABSENCE DE PHÉNOMÈNES ABDOMINAUX. Il n'y a pas de diarrhée, loin de là, c'est plutôt une tendance à la constipation; il n'y a pas de météorisme; s'il existe de la sensibilité à la pression, elle siège à la région épigastrique et non dans les fosses iliaques; telle est la règle. Elle a ses exceptions qui ne sont point de nature à infirmer la valeur de ce caractère différentiel: lorsqu'il y a de la diarrhée, elle est peu fréquente, et les évacuations n'ont point l'aspect caractéristique des selles du typhus abdominal, le météorisme n'arrive point au degré qui lui est ordinaire en ce dernier cas, et ces symptômes intestinaux sont positivement plus tardifs que dans la fièvre typhoïde. La tumeur de la rate est alors au maximum.

Généralement le catarrhe bronchique s'amende dès le début de la seconde semaine, à moins qu'il ne devienne le point de départ de complications pneumoniques; du reste la fréquence et la gravité de cette détermination varient dans les diverses épidémies; Mœrs à Bonn l'a signalée comme rare, mais deux ans plus tard, en 1868, Theuerkauf à Göttingen l'a notée comme fréquente et remarquablement intense (la respiration s'étant élevée nombre de fois à 32 et à 36 par minute), et Behse à Dorpat, en 1874, l'a indiquée comme constante. Stokes a insisté sur le danger tout spécial de certains cas, dans lesquels on observe l'alternance de la bronchite et de la diarrhée.

Schneider a récemment appelé l'attention sur un symptôme qu'il a observé sans exception chez les neuf malades dont l'observation sert de base à son travail; ce symptôme consiste en une *inégalité des pupilles*, et il peut se montrer dès la période d'éruption; la dilatation qui crée l'inégalité porte indifféremment sur la pupille droite ou sur la gauche. Sans valeur pronostique, ce phénomène peut dans les cas douteux aider au diagnostic.

L'URINE (1) est pâle par suite de la diminution des *matières colorantes* et extractives, la *densité* est faible, de 1005 à 1018 (Edwards), la quantité est diminuée; les appréciations relatives à la proportion d'*urée* sont diverses; ainsi Parkes a constaté chez un malade un excès d'urée témoignant d'un excès d'un quart dans le processus de désassimilation, et Squarey signale une augmentation persistante, du début de la maladie jusqu'au début de la crise. Mais Anderson a observé une diminution notable de ce principe pendant la seconde semaine, le retour au chiffre normal n'ayant lieu qu'après la défervescence, et il s'est appuyé sur ce fait pour rattacher à l'urémie les symptômes cérébraux de la période d'état; cette assertion a été confirmée par les recherches de Rosenstein dont la compétence en pareille matière est bien connue; d'après lui, l'urée augmentée au début, baisse au-dessous du minimum normal pour ne remonter que lors de la reprise de l'alimentation. — L'*acide urique* libre est diminué, mais d'après Parkes il y a excès de cet acide combiné sous forme d'urates. — Les *chlorures* sont diminués, ils peuvent même disparaître, et au moment de la crise ils reviennent brusquement au chiffre normal. — L'*albuminurie* est très fréquente, elle se montre en général du cinquième au septième jour, et disparaît du quatorzième au

(1) EDWARDS (Londres). — STEVEN. — PARKES (Londres). — ROSENTHAL (Silésie). — DELANGE (Orient). — RUSSEL (Glasgow). — THOMPSON (Londres). — DA COSTA (Philadelphie). — ANDERSON (Edinburgh). — SQUAREY (Londres). — BECHER (Stallupönen). — HARTWIG (Ockershausen). — ROSENSTEIN (Groningen). — MÖSLER. — SEIDEL (Iena). — VON PASTAU (Breslau). — WARFVINGE (Stockholm).

dix-huitième; von Pastau à Breslau l'a notée chez plus de la moitié des malades, et Seidel à Iena l'a vue dans tous les cas, sauf un. Les meilleurs observateurs sont d'accord pour l'envisager comme un épiphénomène sans importance, lié à une simple hyperhémie rénale avec desquamation épithéliale (Da Costa); les altérations plus sérieuses qui ont été parfois rencontrées dans les reins, et qui auraient pu donner lieu, si le malade eût vécu, à une albuminurie brightique, doivent être considérées comme des complications exceptionnelles.

Dans la description qui précède, j'ai eu en vue les CAS GRAVES qui sont le type parfait de la maladie; les CAS LÉGERS (qu'il ne faut pas confondre avec les formes abortives) reproduisent les mêmes traits avec une accentuation moindre; les symptômes sont assez accusés pour indiquer un typhus en évolution régulière et complète, ils ne sont point assez graves pour créer un péril imminent; les principales différences portent sur le délire qui est *moins violent et moins précoce*; — sur les *maxima thermiques* qui sont *moins élevés et moins prolongés*; — sur l'*exanthème* qui est *moins abondant*; — sur la *stupeur* qui est *moins profonde*; — sur la *durée* qui est *moins longue*.

Période de la crise. — Dans les cas légers, elle débute déjà du huitième au dixième jour; dans les cas de moyenne intensité, elle commence du dixième au douzième; dans les cas graves, elle a lieu le plus souvent au quatorzième jour, mais elle peut être différée jusqu'au dix-septième, même jusqu'au dix-neuvième (Rosenstein), mais cela est tout à fait exceptionnel. Telle est la fréquence de la crise à la fin du second septénaire, que la maladie est souvent désignée en Irlande et en Angleterre sous le nom de *fièvre de quatorze jours*. Dans la grande majorité des cas la CRISE, *signal de l'achèvement du processus typhique*, a lieu par *déferescence*, avec toute la brusquerie qu'elle présente dans la pneumonie, ou dans l'érysipèle de la face par exemple; souvent elle est précédée d'une exacerbation de 12 à 14 heures de durée, puis en une nuit, en 24 ou 30 heures au plus le thermomètre tombe au chiffre normal, ou même un peu au-dessous. La mutation par *lysis* peut être observée, mais elle est rare; la situation est donc précisément inverse dans la fièvre typhoïde où la lysis est la règle, à ce point que la défervescence brusque y était ignorée, avant que mes observations l'eussent fait connaître. Avec le début de la crise surviennent ordinairement de la diaphorèse et un sommeil prolongé, qui est bien du sommeil, et non plus de la stupeur; le malade, au sortir de ce repos bienfaisant, est vraiment un autre être; il est rendu à la possession de lui-même, il reconnaît ceux qui l'entourent, il se sent la tête libre, les idées nettes, la peau est souple et fraîche, le pouls est calme, régulier sans fréquence, bref quelques heures ont suffi pour faire du malade un convalescent, et n'étaient l'épuisement et l'amaigrissement, témoignages durables de la gravité de

a lutte dont il a fait les frais, on pourrait dès lors prononcer le mot de guérison. En fait la rapidité et la grandeur de la transformation produite par la crise tiennent du prodige, et je crois qu'on chercherait vainement un autre exemple d'une métamorphose aussi instantanée, et aussi complète en même temps. Les phénomènes sont moins frappants, mais identiques, lorsque la mutation plus ménagée a lieu par lysis. — L'urine présente alors les changements qui caractérisent les périodes similaires de toutes les fièvres; l'exanthème disparaît, à moins qu'il n'ait subi la transformation pétéchiiale, auquel cas il reste longtemps visible et ne s'efface que vers la fin de la convalescence, par une dégradation lente de la coloration pigmentaire. La desquamation, je l'ai dit déjà, est positivement rare; elle n'est possible, cela va de soi, qu'avec un exanthème non transformé.

Dans les cas favorables aucun incident ne vient troubler la réparation organique, et après une convalescence toujours longue, dont les traits dominants sont la débilité du cœur et des muscles, la faiblesse intellectuelle, parfois des douleurs névralgiques diffuses et comme généralisées, le malade est rendu à un état de santé parfait. Il est digne de remarque que, malgré la durée plus courte de la fièvre, l'abattement et l'amaigrissement au moment de la convalescence sont beaucoup plus prononcés et plus persistants que dans la fièvre typhoïde; en revanche, les organes digestifs ne présentent pas la même susceptibilité que dans cette dernière.

Complications. Suites (1). — La période de réparation qui succède à la crise, c'est-à-dire à l'*achèvement du processus typhique proprement*

(1) WALLACE, *Essay on a peculiar inflammatory disease of the eye as a sequela of Fever* (Med. chir. Trans., 1828). — JACOB, *Même sujet* (Trans. of the Queen's College of Phys. in Ireland, 1828). — TWEEDIE, *Obs. on a peculiar swelling of the lower extremities after Fever* (Edinb. med. and surg. Journ., 1828). — GRAVES and STOKES, *Même sujet* (Dublin Hosp. Reports, 1830). — MACKENZIE, *Account of the epid. remittent fever at Glasgow in 1843 and of the post-febrile Ophthalmitis* (London med. Gaz., 1843). — BUCK, *Oedematous Laryngitis as a complication of Fever* (Trans. Americ. med. Association, 1848).

BENNETT, *Phlegmasia dolens after Fever* (Med. Times and Gaz., 1857). — STEWART, *Même sujet* (Eodem loco). — POPHAM, *A case of maculated typhus complicated with acute laryngitis* (Dublin quart. Journ., 1864). — GRIMSHAW, *Hæmoptysis following Typhus fever* (The Lancet, 1866). — MURCHISON, *Case of Typhus fever terminating in death from carditis in the fourth week of the disease* (Brit. med. Journ., 1867). — SCORESBY-JACKSON, *Case of Typhus fever followed by right hemiplegia and loss of intellectual language* (Edinb. med. Journ., 1867). — SCHLECHT, *Pneumothorax nach Typhus*. Greifswald, 1868. — HUDSON, *Cereb. spinal arachnitis complicating typhus fever* (Brit. med. Journ., 1868). — RUSSELL, *Cases of typhus fatal with rare complications* (Glasgow med. Journ., 1869). — GRABER, *Gangrän der Extremitäten nach Typhus*. Breslau, 1869. — ESTLANDER, *Ueber*

dit, est loin de présenter toujours cette évolution facile; quelque régulière, quelque favorable qu'ait été d'abord la défervescence, le malade peut retomber ensuite dans une situation incertaine qui ramène le danger, ou qui, à tout le moins, vient ajouter et beaucoup à la durée de la convalescence. Il convient de signaler en première ligne la FIÈVRE SECONDAIRE qui peut s'allumer presque aussitôt après la défervescence, et qui n'est liée à aucune inflammation viscérale, à aucune lésion organique saisissable; avec cette fièvre surviennent de nouvelles douleurs dans les membres, du délire nocturne, du tremblement, de la stupeur, puis après un intervalle de six à dix jours, tout rentre dans l'ordre, et le malade est rendu à la convalescence dont la durée et les difficultés sont, on le conçoit, considérablement accrues. Dans d'autres cas le patient est impuissant à faire face à cette nouvelle consommation fébrile, et il succombe. Plus fréquemment ce sont des PROCESSUS LOCAUX qui troublent la réparation, soit qu'ils aient pris naissance déjà pendant l'évolution de la maladie, soit qu'ils se développent seulement après la crise; ce sont pour la plupart des inflammations qui ont une tendance marquée à la suppuration; les *pneumonies*, les *pleurésies*, les *parotides*, l'*érysipèle*, gangreneux ou non, les *inflammations* ulcéreuses ou diphthériques de l'intestin, les furoncles et les *anthrax*, les *adénites* suppurées, les *abcès multiples* dans le tissu sous-cutané ou dans les muscles, les *phlegmasies oculaires*; voilà les plus importantes et les plus fréquentes de ces complications. Plus rare que dans la fièvre typhoïde, la *laryngite nécrosique* est cependant observée; et de même encore que dans le typhus abdominal, les *eschares* peuvent tuer dans la convalescence, soit par résorption putride, soit par l'épuisement simple qui résulte d'une suppuration prolongée. — La *myocardite*, qui débute d'ordinaire dans la période d'état, peut se développer seulement dans la convalescence (Murchison); c'est une dangereuse éventualité qui, malgré sa rareté, mérite d'être signalée; il en est de même de la *péritonite* et de l'*hémorrhagie intestinale* qui surviennent après la défervescence, complications véritablement exceptionnelles. Pour épuiser l'ordre des accidents insolites, je dois encore signaler les troubles nerveux qui sont parfois observés durant le décours de la maladie, et qui lui survivent plus ou moins longtemps; ce sont des *hémiplegies motrices*, ou bien des

Brand in den unteren Extremitäten bei exanth. Typhus (Arch. f. klin. Chirurgie, 1870).

COLLIE, *Typhusfever, peritonitis, death* (The Lancet, 1872).

REID, *Typhus fever complicated with intestinal hæmorrhage* (Glasgow med. Journ., 1876). — KERNIG, *Ein Fall von exanthematischen Typhus mit gleichzeitigen Masern* (Petersb. med. Wochen., 1876). — WOJCIECHOWSKI, *Complication von Typhus exanthematicus mit Magenblutung* (Gazeta lekarska, 1878). — WERNER, *Recurrens bei einem Flecktyphus-Reconvalescenten* (Deut. med. Wochen., 1880).

paralysies limitées à l'un des membres ou à la face, lesquelles peuvent être accompagnées d'*aphasie* avec amnésie verbale (cas de Scoresby Jackson).

La GANGRÈNE, notamment celle *des extrémités*, est au nombre des suites les plus redoutables et les plus communes; la fréquence de cet accident est plus grande que dans le typhus abdominal, au moins pour certaines épidémies, et tandis que dans cette dernière maladie le sphacèle est presque toujours, pour ne pas dire toujours, la conséquence d'une obturation artérielle, dans le typhus exanthématique il n'en est pas ainsi; à côté de la gangrène par obstruction (embolique ou autochthone) des artères, on observe fréquemment une autre forme qui coïncide avec une perméabilité normale des vaisseaux; sur trois cas, Graber à Breslau en a observé deux de cette espèce, tous deux ont été mortels; dans le troisième où l'embolie était en cause, la guérison a eu lieu après l'amputation de la jambe. Dans l'épidémie de Finlande en 1870, Estlander a vu 31 cas de gangrène des extrémités, soit 14 avec obturation artérielle, 7 avec les artères libres et 10 de genèse indéterminée. D'après cet observateur, la gangrène par obstruction est unilatérale, et ne se montre guère qu'au début de la convalescence; l'autre est plus précoce, elle peut apparaître avant la défervescence; elle est double, et, bornée d'abord à quelques orteils, elle s'avance peu à peu vers l'articulation tibio-tarsienne qu'elle dépasse rarement; si elle s'élève plus haut, elle détruit la peau dans une plus grande étendue que les parties profondes. Estlander considère cette forme de gangrène comme exclusivement propre au typhus exanthématique, et il l'attribue, ainsi du reste que les *pétéchies* et les *echymoses*, à une contraction spasmodique des petites artères par excitation du sympathique (1). — La gangrène peut également affecter les joues, le scrotum, les grandes et les petites lèvres.

Le typhus présente à son déclin toutes les conditions favorables à la formation des caillots marastiques, de là l'*œdème des membres inférieurs* qu'il n'est pas rare d'observer chez les convalescents. D'autres *hydropisies*, partielles ou générales, peuvent se développer soit sous l'influence de l'albuminurie, soit par le seul effet de la dycrasie cachectique.

(1) Les opérations pratiquées par Estlander dans le cas de gangrène typhique ont donné les résultats que voici :

3 amputations de cuisse sans délimitation complète entre le mort et le vif; 3 succès.

5 amputations de jambe sans délimitation complète; 2 succès, 3 succès.

4 amputations de jambe avec délimitation complète; 4 succès.

4 désarticulations du pied par le procédé de Pirogoff; 1 seul succès.

8 amputations du métatarse ou désarticulations des orteils; 1 seul succès.

Quant aux rapports du typhus exanthématique avec la tuberculose et la phthisie pulmonaires, ils sont les mêmes que pour la fièvre typhoïde; je ne pourrais que répéter ce que j'en ai dit alors.

Mort. — Le typhus peut tuer à toutes ses périodes; le plus souvent la mort a lieu vers la fin de la seconde semaine, c'est-à-dire à l'époque de la défervescence, parfois même alors que la crise est déjà commencée; dans ces conditions, la terminaison funeste résulte du collapsus typhique lui-même, plus rarement de l'asphyxie provoquée par les manifestations broncho-pulmonaires; il est exceptionnel que la mort soit amenée par une diathèse hémorrhagique aiguë. Dans bon nombre de cas l'issue fatale est plus précoce; du huitième au dixième jour, parfois dans la seconde moitié du premier septénaire ou même dès le troisième jour, le malade succombe, tué soit par l'élévation excessive de la température (de 41°, 5 à 42 degrés), soit par le suicide auquel le pousse l'impulsion délirante. — Enfin, après la défervescence régulièrement accomplie, le patient peut être emporté par l'une des nombreuses complications, dont l'éventualité assombrit le pronostic de cette période indécise.

Formes. — Pour les raisons que j'ai développées en traitant de la fièvre typhoïde, je repousse les formes basées sur la prédominance des manifestations symptomatiques, n'admettant que celles qui sont fondées sur une évolution particulière de l'ensemble de la maladie. Je reconnais par suite les cinq formes suivantes : la FORME COMMUNE qui vient d'être décrite; — la forme foudroyante; — la forme ambulatoire; — la forme légère; — la forme abortive.

La FORME FOUROYANTE (*typhus siderans*) est distinguée par l'excessive violence de tous les symptômes, par la hauteur insolite de la température, par l'apparition précoce des désordres cérébraux les plus redoutables, enfin et surtout par la rapidité de la mort, qui a lieu dans les trois ou quatre premiers jours, parfois même dans les quarante-huit premières heures (Baudens). Cette forme est rare; elle est loin de se présenter à l'observation dans chaque épidémie, et il semble que les sujets alcooliques y soient plus particulièrement exposés.

La FORME AMBULATOIRE (*typhus ambulatorius*) procède par un début insidieux, ou avec des intermittences qui permettent au malade de ne pas s'aliter tout d'abord, ou de quitter son lit à plusieurs reprises après une sorte de paroxysme; on trouvera des types parfaits de cette forme dans l'épidémie de la Gironde, dont j'ai reproduit plus haut la relation. Avec cette apparente bénignité la maladie ici est très grave, soit que, comme chez les malades que j'ai observés, le suicide ait lieu dans l'un des paroxysmes sans qu'un délire violent ait préalablement éveillé la moindre inquiétude; soit que, après une phase oscillante dont la durée peut atteindre un septénaire et même au delà, le patient soit brusquement prostré par le collapsus qui caractérise la période d'état de la forme commune

grave. Cette forme est moins rare que la précédente; si elle est méconnue, elle expose à de cruelles fautes de pronostic.

La FORME LÉGÈRE (*typhus levissimus*), qu'il ne faut pas confondre avec la forme abortive, a souvent été désignée sous le nom de *febricula*. Elle présente l'ensemble des symptômes du typhus, mais ils sont atténués, comme indiqués seulement pour les besoins du diagnostic; les phénomènes nerveux, peu marqués, ne vont pas au delà d'un subdelirium tranquille borné aux heures de la nuit; les déterminations catarrhales sur l'appareil respiratoire sont à peine accusées, la température ne dépasse guère 39 degrés même le soir, l'exanthème est peu marqué ou nul, la défervescence a lieu presque invariablement le septième jour, et, contrairement à ce qu'on observe dans la forme commune, une éruption d'herpès au visage est chose très fréquente. Il n'est guère d'épidémie qui ne présente en plus ou moins grand nombre ces formes légères; c'est surtout dans le déclin et au début de l'épidémie qu'elles sont observées; on les voit principalement chez les enfants, et chez les individus de tout âge qui, tout en étant exposés à l'action du contagion, vivent dans de bonnes conditions hygiéniques; de là leur fréquence chez les médecins, chez ceux-là surtout qui subissent à plusieurs reprises les atteintes du poison.

La FORME ABORTIVE (*typhus abortivus*) est toute différente; ce n'est que par induction et en raison de l'épidémie régnante qu'elle peut être rattachée au typhus, car elle ne présente pas, comme les formes légères, des symptômes qui suffisent par eux-mêmes pour en déceler la nature. Le mal peut éclater, avec toute la brutalité du typhus, par une céphalalgie violente, de la douleur à l'épigastre, un frisson suivi de fièvre intense; il y a des douleurs dans les membres, un abattement considérable, de l'apathie cérébrale, la langue est sale, la constipation est complète, puis après une durée qui varie de 48 à 96 heures, alors qu'on s'attend à l'apparition des phénomènes vraiment caractéristiques, une crise a lieu accompagnée de sueurs ou de diarrhée, plus rarement de vomissements, et tout est fini. Ici encore une éruption d'herpès à la face est fréquemment observée. On pourrait à l'exemple de quelques auteurs, rattacher cette forme aux formes légères dont elle serait le degré le moins accusé, mais il y a vraiment dans ces traits ébauchés de la maladie, dans cette brusquerie imprévue de la guérison, quelque chose de spécial, par quoi cette forme se sépare bien réellement de toutes les autres.