

lade qui eut simultanément de la *gangrène sèche* et de la *gangrène humide* en des points différents du même membre abdominal. La *gangrène sèche* occupait le pied et la jambe, qui étaient noirs, desséchés, diminués de volume; la *gangrène humide* s'étendait à toute la cuisse, qui était violacée, tuméfiée, et dont l'épiderme se détachait sur plusieurs points. A l'autopsie, on trouva l'artère crurale plus volumineuse, complètement oblitérée à sa partie supérieure par des caillots noirs qui s'écrasaient facilement et n'adhéraient point aux tuniques artérielles; dans le creux poplité, les caillots étaient plus durs, friables; plusieurs adhéraient à la membrane interne du vaisseau; les parois artérielles, rouges, injectées, épaisses, avaient perdu leur élasticité. Quant à la veine crurale, elle était oblitérée par des caillots noirs consistants, mais non adhérents à la tunique interne; ses parois épaisses, injectées, d'un rouge foncé, ne s'affaissaient point à la coupe. Évidemment la *gangrène sèche* du pied et de la jambe s'explique par l'oblitération de l'artère poplitée, qui s'était effectuée avant celle de l'artère crurale, où les caillots plus mous, non adhérents, étaient de plus récente formation. La *gangrène humide* de la cuisse se rapporte tout à la fois à l'oblitération de l'artère et de la veine crurales: il y avait la combinaison de la *gangrène* par suspension de la circulation artérielle et de l'œdème par arrêt de la circulation veineuse.

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

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

Pour compléter ces observations résumées il faut ajouter que la fièvre ty-

phoïde que ces accidents compliquaient, avait été caractérisée, pendant la vie, par les symptômes, et, après la mort, par les lésions intestinales qui lui sont propres et que M. Gigon et M. Patry ont pris soin de rappeler pour les avoir constatées. Si le sphacèle de tout un membre ou d'une grande partie de ce membre, se déclarant spontanément dans le cours ou à la fin d'une dothiésentérie, reconnaît incontestablement pour cause l'oblitération d'une artère ou d'une veine; si cette oblitération vasculaire, si l'artérite ou la phlébite qui ont activement contribué à la produire, ont eu pour point de départ la présence d'un caillot sanguin, dont la formation, ainsi que nous le dirons en traitant la question des *embolies*, doit être attribuée à un état dyscrasique particulier du sang, qui se retrouve dans d'autres maladies très-différentes de la fièvre typhoïde, il est aussi incontestable que cette cause mécanique agit d'autant plus énergiquement ici, que, indépendamment d'elle, la tendance notable à la mortification des tissus est un des caractères de la putridité parfois si prononcée dans la pyrexie qui a été l'objet de ces leçons.

BIBLIOTECA

XVI. — TYPHUS.

Maladie infectieuse comme la dothiéntérie; 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 aux nôtres, 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, 1851 (1), à Reims, en 1839 (2), à Strasbourg, en 1854 (3); 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-Grâce (4).

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 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 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 fiévreux (5).

(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).

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

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, et 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 pouls 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 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 hypérémique 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 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 mûricolore (mulberry rash)*, ce que d'autres médecins ont désigné sous la dénomination d'éruption morbilliforme 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 ses actions. 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 crocidisme (*picking of the bed-clothes*). 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 (*he compresses years into hours, and in few hours imagines that he has lived a life-time*). 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 des 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.

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, ne 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 extré-