

mités conservent leur sensibilité, mais s'il essaye de les mouvoir, il lui semble qu'elles ne font plus partie de son corps. Le pouls, moins fréquent, a repris de la force; la peau est moite, la langue est nettoyée et humide à ses bords; il y a un certain désir de prendre des aliments. Ces symptômes d'amélioration sont souvent accompagnés d'une légère transpiration, de diarrhée, ou de dépôt sédimenteux dans les urines. Après deux ou trois jours, la langue devient entièrement nette, l'appétit est insatiable, le pouls est revenu à son type normal, ou même il est très-lent; les forces sont rapidement récupérées. La convalescence est complète.

Messieurs, ce tableau, tracé par M. le docteur Murchison, vous représente un cas type de typhus non compliqué. Mais la maladie offre de grandes variétés, eu égard à sa gravité, eu égard à la prédominance relative des symptômes adynamiques ou des symptômes ataxiques. Dans les cas moyens, la langue peut n'être jamais sèche et brune, le pouls ne jamais dépasser 100 pulsations, l'éruption ne jamais devenir pétéchiale; une légère confusion de la mémoire et de l'intelligence, un sommeil troublé semblent souvent être les seuls phénomènes cérébraux qui se manifestent. La marche, les caractères de la maladie peuvent en outre être modifiés par des complications locales.

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

Ces complications thoraciques sont la bronchite, la plus fréquente peut-être entre toutes celles du typhus. Dans quelques épidémies elle s'observe dans la plus grande partie des cas. Il en est ainsi en Irlande, si bien que l'on a appelé le typhus irlandais typhus catarrhal, et que des médecins allemands, entre autres Rokitansky, qui ont puisé dans les relations du typhus d'Irlande les connaissances qu'ils se sont faites de la maladie, croient que celle-ci n'est rien autre chose qu'une fièvre typhoïde à forme thoracique. La bronchite peut être le premier accident du typhus, comme il peut se développer durant son cours, et persister dans son déclin. On doit surveiller attentivement tous les

cas dans lesquels cette complication se présente. Tant que l'existence de l'affection pulmonaire se révèle seulement par une toux rare, par la présence de quelques râles sibilants disséminés dans la poitrine, il n'y a pas de danger immédiat; mais dès que la prostration augmente, la phlegmasie thoracique est susceptible de s'étendre soudainement, insidieusement, et de s'associer à plus ou moins d'engouement hypostatique. De plus, le malade se trouvant dans l'impossibilité de tousser, d'expectorer, l'appareil musculaire des bronches étant frappé de paralysie, la sécrétion catarrhale tend à s'accumuler dans les tuyaux bronchiques, ce qui entraîne l'asphyxie.

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

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

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

Les érysipèles de la face, l'érysipèle du cuir chevelu; l'œdème des extrémités inférieures, en quelques cas l'anasarque, qui dépend quelquefois d'une lésion des reins; les gangrènes des parties soumises à une pression constante;

la *gangrène des membres* analogue à celle que nous avons vue survenir dans la dothiéntérie; le *coma*; les *éruptions* accidentelles *furunculoses* ou *pemphigoides*; les *inflammations du tissu cellulaire*; les *parotides*; les *bubons*, ceux-ci constituant des phénomènes graves au point de vue du pronostic, telles sont les principales complications que l'on a signalées.

Relativement à ses formes, le typhus peut être *inflammatoire*, caractérisé alors par l'intensité de la réaction fébrile, le délire aigu. C'est chez les individus jeunes, vigoureux et chez les personnes de la classe aisée de la société qu'on l'observe. Il peut être *ataxique*, caractérisé par la prédominance des symptômes nerveux, le délire, la somnolence, les soubresauts de tendons; *adynamique*, lorsqu'il y a une grande prostration, des évacuations involontaires, des tendances à la syncope, une peau froide, un pouls lent; *atuxo-adynamique*, ou congestif.

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

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

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

Je ne vous ai pas parlé jusqu'ici, messieurs, des recherches entreprises sur la température dans le typhus. Je me réservais de le faire à propos du diagnostic. L'investigation thermométrique fournit, en effet, de précieuses indications, qui nous ont permis d'asseoir définitivement notre jugement à propos d'un

fait que vous avez pu observer dans notre service et dont je vais vous exposer les détails, tels qu'il ont été recueillis par un de mes bons élèves, le docteur Alfred Duclos (de Saint-Quentin) (1).

Le samedi 11 juin, entre dans mon service un homme de vingt-sept ans, de bonne constitution, habitant Paris depuis trois ans, et traité au mois de janvier dernier pour une fluxion de poitrine.

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

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

Or, dans ce cas, où notre diagnostic est resté longtemps hésitant, l'examen de la courbe des températures nous a permis d'affirmer enfin que c'était à un cas de typhus que nous avions eu affaire. En effet, voici ce que nous observons: au cinquième jour de la maladie, la température était le soir à 40°,4, le lendemain matin (sixième jour), il y avait une légère rémission, la chaleur descendait de six dixièmes de degré (à 39°,8), pour remonter le soir de la même quantité dont elle était descendue le matin. Le septième jour, il y avait le soir un assez notable abaissement, la température tombait à 40 degrés (ce qui doit

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

être attribué à l'émission sanguine par les ventouses). Le huitième jour la température du soir est de 40°,6; elle retombe le matin du neuvième jour à 39°,6, remonte le soir à 40°,4; descend le matin du dixième jour de 1 degré, et, au lieu de remonter le soir comme habituellement de six à huit dixièmes de degré, elle ne s'élève que de quatre dixièmes, c'est-à-dire qu'elle est, le soir du dixième jour, à 39°,8. Il y avait encore eu là une rémission due à l'application de ventouses scarifiées à la nuque. Le onzième, le douzième et le treizième jour, il y eut la régularité des premiers jours dans les ascensions de la température le soir et les descentes le matin; lorsque, le matin du quatorzième jour, la chaleur *tomba brusquement* à 37°,2. C'est-à-dire qu'entre le soir du treizième jour et la matinée du quatorzième, en quelques heures, il y eut un *abaissement de deux degrés quatre dixièmes*. La température était donc subitement revenue à la normale et la convalescence commençait, à la fin précisément du deuxième septénaire. Or, d'une part (je vous l'ai dit à propos de la fièvre typhoïde), cette brusque défervescence n'est pas le fait de la dothiéntérie, et jamais, d'autre part, la défervescence dans cette fièvre n'a lieu à la fin de la deuxième semaine. Ce n'était donc pas à une dothiéntérie que nous avons eu affaire.

Mais les éruptions qui nous avaient préoccupé, et qui rappelaient celles de la rougeole ou, mieux encore, celles de la dothiéntérie, pouvaient être rapportées au *typhus fever*. Eh bien, la marche de la température chez notre malade avait été justement celle qu'elle suit dans le typhus.

Voici, en effet, quelle est cette marche : la température, dans le typhus, continue à s'élever avant l'éruption des taches exanthématiques et pendant cinq, six, voire même dix jours après cette éruption : ce qui distingue immédiatement l'affection typhique des fièvres éruptives. D'un autre côté, la défervescence, dans la fièvre typhoïde, est régulièrement décroissante, tandis que, dans le typhus, le déclin de la température est rapide, continu, sans exacerbations le soir. L'examen de la température pouvait donc, dans le cas de notre malade, nous permettre d'éviter la confusion, soit au début, avec la rougeole, soit à la fin, avec la dothiéntérie.

C'est afin de vous démontrer les services cliniques que peut rendre le thermomètre dans les cas douteux et pour vous engager à vous en servir alors, que je vous ai cité cette observation, et j'ajoute, en terminant, que la courbe en était tellement caractéristique que le docteur Hübler, aide de clinique de M. Walther (de Dresde), fit en la voyant et instantanément un diagnostic qui nous avait tenu plusieurs jours en suspens.

D'une manière générale, le typhus est une maladie d'une excessive gravité. D'après les relevés faits par M. le docteur Murchison, la moyenne de la mortalité dans les épidémies qui ont sévi en Irlande et en Écosse s'est élevée jusqu'au cinquième des cas; à Londres, dans le laps de temps compris entre les années 1856 et 1860, alors que les cas étaient cependant assez peu nombreux, cette mortalité a atteint l'énorme proportion de 42 pour 100. En général elle est

plus grande au début et dans la période d'accès des épidémies que dans leur période de déclin.

Un certain nombre de circonstances influent d'ailleurs sur le pronostic. Ainsi la maladie est habituellement plus grave chez les hommes que chez les femmes, ce que le docteur Murchison explique en disant qu'elle attaque principalement les hommes dont les forces ont été épuisées par les privations de la misère ou par l'intempérance : elle est plus grave aussi chez les adultes et chez les vieillards que chez les jeunes sujets; chez les gens pauvres que chez les riches; en un mot, le typhus est d'autant plus grave qu'il attaque des constitutions affaiblies.

La situation d'esprit des malades a une grande importance, la peur du mal, la crainte de la mort, les préoccupations morales augmentant la gravité de la maladie.

Relativement aux signes pronostiques, un pouls s'élevant au-dessus de 120, la respiration *nerveuse*, les accidents cérébraux arrivant de bonne heure, sont du plus fâcheux augure. Enfin, toutes choses égales d'ailleurs, plus abondante et plus sombre est l'éruption exanthématique, plus grand est le danger.

Cependant, même dans les cas les plus graves, le médecin ne doit pas désespérer; car il n'est pas de maladie où l'on voie aussi souvent que dans le typhus, la guérison survenir alors que le malade paraissait dans la situation la plus alarmante. Cette guérison s'opère quelquefois brusquement, la convalescence est ordinairement très-rapide, et c'est là déjà un caractère différentiel entre le typhus et la fièvre typhoïde.

Nous voici maintenant arrivés, messieurs, à la question de l'identité et de la non-identité des deux maladies.

Cette question a été depuis longtemps et est encore aujourd'hui très-débatue. N'ayant jamais eu l'occasion d'étudier suffisamment le typhus au lit du malade, je devrais décliner ma compétence; toutefois, d'après l'idée que je m'en suis faite surtout à la lecture des auteurs qui en ont traité, je suis porté à me ranger à l'avis des médecins français, anglais et américains qui proclament la non-identité des deux maladies.

Ceux qui, avec MM. Stokes, Magnus Huss (1) et le docteur Lindwurn (2), ne veulent voir dans le typhus fever et dans la fièvre typhoïde que des manières d'être différentes d'une seule et même pyrexie, et non pas deux genres nosologiques séparés, reconnaissent deux types absolus, l'un correspondant à notre dothiéntérie : *typhus abdominalis* des Allemands; *abdominal, ileo-typhus, enteritic fever* des Anglais; l'autre, la fièvre pétéchiiale, *typhus petechialis, exanthematicus*, le *typhus fever*, caractérisé par une éruption spécifique de taches exanthématiques bien différentes des taches rosées lenticulaires de la

(1) Magnus Huss, *Statistique et traitement du typhus et de la fièvre typhoïde, observations recueillies à l'hôpital Séraphin de Stockholm*. Paris, 1855, in-8.

(2) *Du typhus en Irlande*. Erlangen, 1852.

fièvre typhoïde, passant par une série de transformations pour arriver à constituer les *pétéchies*, le *mulberry rash* (éruption mûricolore); caractérisé peut-être plus encore par l'absence de la lésion intestinale de la dothiérien-térie.

Mais si, dans des cas nettement tranchés, ces deux formes du typhus peuvent être bien distinguées l'une de l'autre, il y aurait, suivant les médecins dont nous parlons, des cas intermédiaires se rapprochant plus ou moins des types primitifs, se fondant, se combinant les uns avec les autres, de telle sorte qu'il deviendrait impossible de leur trouver des caractères franchement dessinés. Ces formes mixtes constitueraient comme les anneaux d'une chaîne dont les formes types seraient les deux extrémités.

Les considérations sur lesquelles ils s'appuient principalement pour admettre l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, c'est que les deux maladies paraissent se développer sous l'influence des mêmes causes, que dans une même constitution épidémique les deux formes extrêmes peuvent coexister ou prédominer tour à tour; mais le point capital sur lequel repose leur argumentation est que le typhus peut donner naissance par contagion à la fièvre typhoïde, et réciproquement que cette dernière est susceptible de transmettre le premier.

Suivant eux, enfin, c'est probablement en partie dans les conditions climatologiques diverses des pays où on les observe, en partie dans les conditions hygiéniques et dans les habitudes de vivre des peuples, qu'il faut chercher une des raisons de ces différentes transformations de la maladie.

Les partisans de la non-identité disent que, indépendamment de l'absence de lésions anatomiques spécifiques (éruption de pétéchies différente des taches rosées, absence de l'exanthème intestinal), le typhus se présente le plus ordinairement avec des symptômes assez caractéristiques pour permettre de le distinguer de la fièvre typhoïde.

Ainsi, dans le typhus, l'invasion est brusque; la plupart des phénomènes morbides (fièvre, stupeur, délire, etc.) se prononcent rapidement avec une notable intensité. Les accidents abdominaux (diarrhée, gargouillement dans la fosse iliaque, ballonnement du ventre) font défaut généralement, pour ne pas dire toujours, et, lorsqu'ils surviennent, ce n'est que vers la fin de la maladie. La durée totale, ainsi que je viens de vous le dire d'après le docteur Murchison, et comme vous l'avez pu voir chez le malade observé à notre clinique, est moins longue que dans la fièvre typhoïde (quatorze jours dans les cas où il ne survient pas de complication); sa terminaison heureuse a lieu plus brusquement, et la convalescence est plus rapide que dans celle-ci.

Répondant à l'argument capital de leurs adversaires, les médecins à l'avis desquels nous sommes porté à nous ranger, nient que le typhus puisse engendrer par contagion la fièvre typhoïde; ils prétendent que l'une ne met pas à l'abri de l'autre, tandis que pour le typhus comme pour la fièvre typhoïde, l'immunité est généralement acquise par une première attaque.

Quant au traitement, ce qui s'applique à la fièvre typhoïde est encore applicable au typhus; nous ne saurions guérir la maladie, nous ne saurions même en abrégé le cours; ce que l'on doit chercher est de venir en aide à la nature; je vous répéterai avec Stokes (de Dublin): la maladie guérit d'elle-même; si vous maintenez le malade jusqu'au quatorzième, jusqu'au dix-neuvième ou vingt et unième jour, il se rétablira. Soutenir les forces vitales par une alimentation appropriée au pouvoir digestif des individus, par les boissons stimulantes et toniques, le vin, les spiritueux donnés dans une juste mesure, est toujours ici la principale indication.