

cours de la première période l'examen de la poitrine a permis de constater l'existence de râles ronflans et sibilans, ils sont remplacés dans la seconde par des râles sous-crépitaux et muqueux; puis le murmure respiratoire s'affaiblit de plus en plus dans les régions qui correspondent aux parties les plus déclives des deux poulmons, et la percussion fait reconnaître alors qu'il y a dans ces mêmes régions une obscurité du son parfois très marquée. Tous ces symptômes (lividité des tégumens, de l'éruption, faiblesse du cœur, splénisation pulmonaire, etc.) sont considérés par les docteurs Stokes et Corrigan comme placés en grande partie sous la dépendance d'une perturbation profonde survenue dans les fonctions du système circulatoire, et en particulier du système des vaisseaux capillaires. Ils s'aggravent encore lorsque la terminaison doit être fatale; et alors que les mouvemens respiratoires sont devenus de plus en plus lents, les battemens du pouls de plus en plus faibles, la mort survient, ordinairement, du douzième au vingtième jour, tantôt progressivement au milieu d'un coma profond, d'autres fois d'une manière plus ou moins rapide, à la suite de convulsions générales ou partielles, ou encore d'une syncope.

γ. Si la maladie doit au contraire se terminer par la guérison, l'amélioration se dessine souvent tout à coup. Le malade tombe dans un sommeil profond et tranquille, bien différent du coma, et qui peut durer sans interruption pendant vingt-quatre heures ou même plus. A son réveil, le délire a cessé, la teinte livide de la face et l'injection des conjonctives ont disparu; les taches de l'exanthème ont pâli, le pouls est devenu moins fréquent et plus résistant; la peau plus douce au toucher; la langue est humide sur les bords, bientôt elle se dépouille complètement de ses enduits; l'appétit renaît, et le malade regagne rapidement ses forces (Jenner). — L'apparition de phénomènes critiques, tels que sueurs profuses, urines abondantes, selles diarrhétiques survenues brusquement, est souvent aussi le signal d'une prompte et heureuse terminaison de la maladie (Corrigan).

D. De l'exanthème du typhus febr en particulier (Stewart, Jenner). — Les taches (*distinct spots*) qui composent cette éruption apparaissent, ainsi que nous l'avons dit, du quatrième au huitième jour. Elles se développent toutes, ou à peu près toutes, dans l'espace de deux ou trois jours, après quoi il ne s'en forme plus de nouvelles. Il en est qui ne sont pas plus larges qu'une tête d'épingle, il en est d'autres qui atteignent le diamètre d'un petit pois; elles sont en général très nombreuses, et recouvrent parfois toute la surface du tronc, de manière à simuler assez exactement l'éruption morbilleuse. On ne les voit cependant presque jamais siéger à la face, et c'est sur les parties les plus déclives du corps qu'elles sont le plus confluentes. Il est, par contre, des cas où elles sont en très petit nombre, il en est même où elles font complètement défaut. Ces taches persistent habituellement jusqu'à la terminaison de la

maladie; mais elles éprouvent des transformations successives qu'il est important d'étudier, et sur lesquelles les docteurs Stewart et Jenner ont appelé l'attention. — *Première phase*: Les taches de l'éruption ont d'abord une coloration d'un rose sombre; elles sont très légèrement élevées au-dessus du niveau de la peau; elles s'effacent complètement sous la pression du doigt, pour reprendre leurs caractères primitifs aussitôt que la pression cesse. — *Deuxième phase* (*dark, livid, semi-petechial or pseudo-petechial eruption*): Deux ou trois jours après leur apparition, les taches prennent une coloration plus foncée, livide; elles pâlisent un peu, mais ne disparaissent plus complètement sous la pression du doigt; elles ne font plus du tout saillie au-dessus du niveau de la peau. Les taches livides peuvent reprendre spontanément leur coloration rouge primitive, pâlir ensuite, puis enfin disparaître complètement et sans laisser de traces. — *Troisième phase* (*petechial eruption*): Les taches, celles-là principalement qui occupent le pli du coude, la région de l'aîne, le dos, éprouvent encore une transformation nouvelle. Elles acquièrent, dans leur partie centrale seulement ou bien dans toute leur étendue, une coloration d'un pourpre foncé. Elles ne sont plus du tout modifiées par la pression même la plus énergique; elles acquièrent un contour bien limité. Ce sont, en un mot, de véritables *petechies*. MM. Stewart et Jenner, qui ont étudié avec tant de soin les taches pétéchiâles, ne nous disent pas si, avant de disparaître, elles passent préalablement au jaune. Mais il est probable qu'il n'en est rien, puisque le premier de ces auteurs affirme que le véritable purpura et les *vibices* se rencontrent très rarement dans le typhus febr. Outre les taches qui viennent d'être décrites, M. Jenner en signale d'autres plus pâles, imparfaitement dessinées, et se confondant souvent les unes avec les autres; on les dirait situées profondément sous l'épiderme (*subcuticular rash*). L'éruption composée de ces deux espèces de taches donne à la peau un aspect tigré; elle a été désignée par M. Jenner sous le nom de *mulberry rash* (éruption mûricolore). Il semblerait en effet alors que le corps des malades a été frotté avec du jus de mûres.

Si l'on compare maintenant les taches de l'exanthème propre au typhus febr avec les taches lenticulaires rosées de la fièvre typhoïde, on remarquera que celles-ci diffèrent de celles-là principalement par les caractères suivans: Les taches lenticulaires de la fièvre typhoïde sont en général en petit nombre; elles apparaissent du huitième au douzième jour, quelquefois plus tard. Elles sont très distantes les unes des autres, et répandues sur le devant de la poitrine et sur le ventre, ainsi qu'au dos et aux lombes; on les observe rarement sur les bras et les cuisses. Elles sont d'une belle couleur rose, arrondies; elles sont, pendant tout le temps de leur durée, légèrement élevées au-dessus du niveau de la peau. Elles disparaissent toujours sous la pression du doigt, et ne se changent jamais en taches pétéchiâles; elles apparaissent par poussées



successives. Chaque tache persiste pendant trois jours environ, puis elle disparaît sans laisser de traces; pendant ce temps, de nouvelles taches continuent à paraître tous les jours ou tous les deux jours, jusqu'à la fin de la maladie (Jenner). — Quoi qu'il en soit, on voit qu'il est assez difficile de distinguer les taches du typhus fever, lorsqu'elles n'ont pas encore subi la transformation pétéchiiale, d'avec les taches lenticulaires rosées de la fièvre typhoïde. C'est pour cela peut-être que quelques auteurs (W. Sargent, *Amer. Journ. of med. sciences*, new. ser. XIV, 532.) ont signalé l'existence assez fréquente de taches lenticulaires rosées, en tout semblables à celles qui caractérisent cette dernière maladie, parmi les pétéchiies de l'exanthème typhique.

Des *sudamina* (1726. G. 6.) apparaissent fréquemment pendant le cours de la deuxième période.

E. *Durée de la maladie, convalescence.* — En temps d'épidémie, la marche du typhus fever peut être, ainsi que nous l'avons dit (B.), extrêmement rapide, et le malade peut succomber pendant le cours de la première période. En temps ordinaire, la durée moyenne de la maladie, dans les cas où elle se termine par la mort, est, suivant le docteur Jenner, de quatorze jours environ. Mais, sous ce rapport, il n'y a rien d'absolu, et l'on voit quelquefois la maladie, s'éloignant du type que nous avons pris pour point de départ de notre description, affecter une marche lente et insidieuse, qui rappelle l'allure habituelle de la fièvre typhoïde. Il arrive souvent alors, contrairement à ce que nous avons vu dans les cas à marche rapide, que la convalescence traîne en longueur et dure plusieurs semaines ou plusieurs mois. — Parmi les affections deutéropathiques et consécutives, les eschares d'une grande étendue, les parotides, la lymphangite avec production d'abcès multiples, et l'œdème douloureux des membres inférieurs, peuvent parfois retarder de beaucoup l'époque de la guérison définitive (Corrigan).

1739. *Diagnostic.* — Nous avons eu soin de faire ressortir, à l'article *Symptomatologie*, les traits de ressemblance vraiment frappants qui existent entre le typhus fever et la fièvre typhoïde. Indiquons actuellement les caractères à l'aide desquels on pourrait distinguer ces deux maladies. — Dans le typhus fever, l'invasion se fait brusquement. La plupart des symptômes (symptômes fébriles, prostration des forces, stupeur, typhomanie, etc.) se dessinent rapidement, et acquièrent, dès la première période, une grande intensité. — Nous avons dit, pour n'y plus revenir, en quoi l'éruption du typhus fever diffère de l'exanthème papuleux de la fièvre typhoïde (D. γ.). — Les symptômes entéritiques, tels que l'endolorissement, le gargouillement de la fosse iliaque droite, qui caractérisent la fièvre typhoïde dans sa période d'augment, n'appartiennent pas au typhus fever. Le météorisme et la diarrhée s'y montrent quelquefois, mais seulement vers la fin de la maladie. — Dans le typhus fever, il arrive assez souvent que les épistaxis du début et les symptômes de bronchite

latente fassent complètement défaut. La terminaison heureuse a lieu souvent brusquement; elle s'annonce par des phénomènes critiques (Corrigan). La convalescence est rapide. La durée totale de la maladie est moins longue que celle de la fièvre typhoïde. Tels sont les principaux caractères à l'aide desquels on pourra différencier les deux affections, qui pendant longtemps ont été réunies par les auteurs anglais sous le nom de *continued fever*. Il faut bien reconnaître toutefois que ces caractères distinctifs n'ont pas une valeur absolue, et que, de l'aveu des praticiens les plus expérimentés de la Grande-Bretagne, il est parfois matériellement impossible de distinguer le typhus fever de la fièvre typhoïde.

1739. *Pronostic*: en général grave. — La mortalité varie beaucoup suivant les épidémies. La maladie se montre souvent beaucoup plus bénigne chez les enfans que chez les adultes, et surtout chez les vieillards (Gueneau de Mussy). Parmi les signes défavorables, les auteurs signalent en première ligne les suivans: 1° la faiblesse extrême du pouls et de l'impulsion du cœur, avec abaissement notable de la température des extrémités; 2° l'injection très marquée des conjonctives, une teinte violacée répandue sur les parties les plus déclives du tronc et sur les extrémités des membres; l'abondance et la coloration foncée des taches de l'exanthème (Stewart, Corrigan); c'est d'ailleurs en général chez les sujets pauvres et affaiblis par les privations de nourriture que ces derniers symptômes sont surtout extrêmement prononcés (O'Reardon, *Medical report on the fever hospital, Cork-street, Dublin, 1840, p. 6*); 3° les évacuations involontaires; 4° le délire violent, ou au contraire le coma profond; 5° les symptômes qui se rapportent à la splénisation des poumons (*consolidation of the lungs*).

1740. *Nécroscopie.* — *L'exanthème intestinal*, qui forme le principal et le meilleur des caractères anatomiques de la fièvre typhoïde, manque *constamment*, au dire de quelques auteurs (Stewart, Jenner), dans le typhus fever; d'autres (Stokes) affirment, au contraire, qu'on rencontre *quelquefois* des cas où tous les symptômes se rapportent à cette maladie, et où l'on trouve cependant les follicules isolés et les follicules agminés de l'iléon tuméfiés et ulcérés. C'est là un sujet qui réclame encore, ce nous semble, de nombreuses et consciencieuses recherches. Quoi qu'il en soit, il est bien établi aujourd'hui que la membrane muqueuse gastro-intestinale est complètement exempte d'altérations, ou tout au plus légèrement congestionnée et ramollie par places, chez la majeure partie des individus qui succombent au typhus fever. Les *ganglions mésentériques* sont quelquefois volumineux, très volumineux même, bien que la muqueuse intestinale soit parfaitement intacte (Stewart). La *rate* présente habituellement une augmentation de volume et un ramollissement plus ou moins prononcé. Les sujets âgés de plus de cinquante ans paraissent seuls faire exception à cette



règle ( Jenner ). La splénisation lobulaire ou lobaire des poumons (*consolidation of the lung*), avec rougeur et parfois ramollissement de la membrane muqueuse bronchique, a été dans ces derniers temps souvent observée, et bien étudiée par les médecins irlandais (Stokes). L'hépatisation pulmonaire granuleuse a été au contraire très rarement rencontrée par les mêmes auteurs. Le tissu musculaire du cœur est en général flasque et ramolli à un haut degré (Stokes, Jenner). L'hémorragie dans la cavité de l'arachnoïde a été constatée par le docteur Jenner chez un huitième des sujets. La rigidité cadavérique paraît être ici plus hâtive et disparaît plus rapidement que dans les cas de fièvre typhoïde ( Jenner ). La peau du tronc et des extrémités, surtout aux parties déclives, est parsemée de taches violacées, derniers vestiges de l'exanthème pétéchial.

1741. *Hématologie.* — Le sang de six malades atteints de typhus fever a été, en 1847, soumis à l'analyse par M. Rodier. La densité de ce liquide était normale; la quantité de fibrine était normale, ou elle occupait les limites inférieures de l'état physiologique, ou enfin elle était diminuée (Becquerel et Rodier, *Traité de chimie pathologique*, p. 128, 1854). Le sang extrait par la saignée au début de la maladie ne présente pas de couenne; les saignées faites à une période avancée présentent en général un caillot foncé en couleur, mou, diffus.

1742. *Étiologie.* — α. L'encombrement, la misère, les privations de nourriture ou l'usage prolongé d'aliments de mauvaise qualité, la dépression morale, sont autant de conditions qui existent à peu près constamment, et souvent à un haut degré, dans toute l'étendue de l'Irlande et dans certaines contrées de l'Écosse et de l'Angleterre. Elles peuvent sans doute rendre compte du développement primitif du typhus qui règne dans ces pays-là habituellement sous forme sporadique, mais qui s'y montre souvent aussi sous forme d'épidémies meurtrières.

6. La plupart des médecins de la Grande-Bretagne s'accordent à reconnaître la transmission contagieuse du typhus fever comme un fait des mieux démontrés.

γ. Le typhus fever attaque à peu près indistinctement tous les âges; on l'observe fréquemment chez les vieillards. Dans le tiers des cas de typhus fever qui servent de base au travail du docteur Jenner, les individus atteints étaient âgés de plus de cinquante ans.

δ. Le typhus fever ne se montre pas deux fois chez un même individu ( Jenner ). Suivant le docteur Ritchie, on voit assez souvent la fièvre typhoïde se développer avec tout l'ensemble des caractères qui lui sont propres chez des sujets convalescents du typhus fever, et réciproquement le typhus fever le mieux dessiné attaque des individus qui ont présenté récemment tous les symptômes de la fièvre typhoïde. M. Stokes dit avoir rencontré fréquemment des cas du même genre. Suivant le docteur Stokes, la même cause spécifique produit à peu près indiffé-

remment, tantôt le typhus fever, tantôt la fièvre typhoïde. Le docteur Jenner a recueilli un certain nombre de faits qui tendraient, au contraire, à démontrer que la contagion du typhus fever n'engendre jamais la fièvre typhoïde, et réciproquement. Quoi qu'il en soit, les études entreprises dans le but de savoir si ces deux affections sont ou ne sont pas le produit d'une même cause spécifique, ne paraissent avoir donné jusqu'à ce jour que des résultats peu décisifs.

1743. *Topographie médicale.* — Le typhus fever est répandu dans toute la Grande-Bretagne, mais c'est surtout en Écosse et en Irlande qu'il exerce le plus de ravages. Il y est endémique, et y règne conjointement avec la fièvre typhoïde. On peut se faire une idée de la proportion dans laquelle se montrent habituellement ces deux affections dans les diverses parties de l'Angleterre, si l'on consulte celles des relations d'épidémies de fièvre continue qui sont accompagnées de détails nécroscopiques. Dans les épidémies de Dublin de 1836-37 et 1847-48, les lésions de l'entérite folliculeuse ont été rarement rencontrées (A. Kennedy, *Medical report on the fever hospital, Cork-street, Dublin*, et *Dublin, Quarterly Journ. of med. science* 1849, p. 64). Elles existaient au contraire assez fréquemment dans l'épidémie de 1818 et dans celle de 1825 (Stokes). A Édimbourg, de 132 sujets morts de fièvre continue, et dont l'autopsie a été faite par le docteur Reid, 8 seulement présentaient ces lésions. Pendant l'épidémie de 1846-47, elles ont été rencontrées dans 19 cas sur 63, par le docteur Bennet (*Monthly Journal of medic. and surgic. science*, Edinburgh, 1848, t. VIII, p. 295). A Londres, la proportion des cas où l'autopsie démontre l'existence des lésions des plaques de Peyer et des follicules isolés de l'intestin, est habituellement plus considérable: elle est de  $\frac{1}{3}$  environ, d'après le docteur Davidson; d'après le même auteur, elle est de  $\frac{1}{4}$  seulement à Glasgow; à Dublin, elle est plus faible encore. Le typhus fever règne aussi fort souvent, sous forme de maladie populaire, dans le nord de l'Amérique, où il paraît être fréquemment importé par les émigrants irlandais (Gerhard, *loc. cit.* — Upham, *Records of maculated typhus, or ship fever*, New-York, 1852. — Flint, *loc. cit.* (1731. F.). Dans ces dernières années, diverses contrées de l'Europe, la Silésie, la Bohême, la Suède, certaines parties de l'Italie, de la France et de la Belgique ont été le théâtre d'épidémies de typhus plus ou moins meurtrières. Partout la maladie s'est présentée avec des caractères qui permettent, ce nous semble, de l'assimiler complètement au typhus fever des Anglais. L'exanthème pétéchial était presque toujours des mieux marqués, et il passait par les diverses phases que nous avons indiquées (1737. D.). Les symptômes abdominaux et les lésions spéciales de l'iléon et des glandes mésentériques manquaient dans la grande majorité des cas. La rate était habituellement volumineuse et ramollie. La maladie affectait souvent une marche relativement rapide; elle était transmis-



sible par contagion. (Finger, *Prager vierteljahr.*, Bd. 23, p. 30. Relation d'une épidémie de typhus observée dans l'hôpital de Prague pendant les années 1846, 1847 et 1848. — Virchow, *Archiv. für patholog. Anat.*, t. II, 1849. Épidémie de Silésie. — Lasègue, *Le typhus en Silésie* in *Arch. gén. de méd.*, t. XXIII, p. 301, 1850. — Magnus Huss, *ouv. cit.*, 1736. — F. del Giudice, *Statistica medica dell' ospedale di S. Maria della Pace, per l'anno 1852*, in *Filiatro Sebezio*, fascic. 278, Napoli, 1854. — Ch. Schützenberger, *Compte rendu de la clinique médicale, etc.*, in *Gazette médicale de Strasbourg*, n° 6, p. 191, 1855.)

1744. *Note historique.* — Il semble donc que le typhus fevor n'est pas une maladie exclusivement propre à la Grande-Bretagne ou à l'Amérique du nord. Ce n'est probablement pas non plus une maladie moderne; son histoire ne peut être qu'un fragment détaché de l'histoire générale du typhus (1567). L'appareil symptomatique qui le distingue se retrouve en entier dans les descriptions que les épidémiographes des XVI<sup>e</sup>, XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles nous ont laissées de la fièvre pétéchiiale (*febris petechialis, morbus cum petechiis, etc.*) (Fracastor, *De morb. contag.*, lib. II, cap. vi, 1546. — C. F. Loew., *De febr. petechiali anni 1683, etc.*, in Sydenham, *Opera omnia*, t. II, p. 282. — C. Strack, *Obs. med. de morbo cum petechiis*. Carlsruhe, 1746. — M. Sarcone, *Histoire raisonnée des maladies observées à Naples*, traduct. par Belloy. Paris, 1805, t. II. — etc.). Les fièvres pétéchiiales observées à Plymouth par Huxham, principalement pendant les années 1735, 1740-41, 1742, 1745, et qui se développaient primitivement sur les pontons pour de là se répandre dans la ville, doivent sans doute en particulier être rattachées au typhus fevor (Huxham, *Observat. de aere et morbis epidemic.*, in *Opera physico-medica*. Leipsick, 1754). — Des épidémies de typhus qui ont ravagé l'Irlande durant le dernier siècle et le nôtre, les plus célèbres sont celles qui ont régné pendant les années 1725, 1734, 1740, 1815-18 (Cheyne, *Dublin hospital reports*, t. I et II, 1825-26, 1836-37, 1846-47; *Report upon the recent epidemic fever in Ireland*, in *Dublin Quarterly Journal*, 1849). Ces épidémies ont sévi habituellement dans les temps de grande disette. La dysentérie, les affections scorbutiques, la fièvre à rechute (*relapsing fever*), sont les maladies qui les ont le plus souvent précédées, accompagnées ou suivies. Suivant le docteur Stokes, les ulcérations de l'iléon ont été rencontrées plus fréquemment dans les épidémies de 1815-18 et 1826-27 qu'elles ne l'ont été dans les épidémies subséquentes. Aujourd'hui, suivant le même auteur, c'est habituellement sous forme de *pneumotyphus* que se montre la fièvre continue d'Irlande.

1745. *Thérapeutique* relativement à la prophylactique: voir, en *thérapeutique générale*, les indications fournies par les dangers de la contagion (112. E.), et dans l'article *Typhus* (1571.) le paragraphe consacré à la thérapeutique de cette affection. Nous avons dit, lorsque nous avons

parlé du traitement de la fièvre typhoïde (1733. G.), d'après quelles règles les chefs actuels de l'école de Dublin (Stokes, Corrigan) administraient les toniques et les excitans dans les cas de typhus fevor. Les saignées locales (sangsues derrière les oreilles) peuvent être utiles ici, quand il y a insomnie et délire actif; mais les saignées trouvent très rarement leur application, même au début de la maladie (Corrigan). Les purgatifs sont rarement usités dans le typhus fevor par les médecins irlandais, au moins comme méthode générale de traitement.

## ARTICLE VII.

## PESTE.

1746. *Bibliographie.* — (1645. *Bibliographie épidémiologique.*)  
LITTRÉ. (*Répert. général*, t. XXIV, 1841, art. *Peste.*) — « Les  
» médecins qui se sont occupés de l'histoire de la peste ont gé-  
» néralement, quand ils ont distingué la vraie peste de toutes les  
» maladies qualifiées de pestilentielle par les écrivains médicaux  
» ou autres, considéré cette maladie comme récente, comparative-  
» ment, et ils en ont fixé la première irruption parmi les hommes  
» à l'époque de la formidable épidémie qui dévasta le monde  
» connu dans le VI<sup>e</sup> siècle de l'ère chrétienne. Mais cette opinion  
» ne peut plus se soutenir depuis la publication d'un fragment de  
» Rufus, conservé dans un livre inédit d'Oribase. On y lit: « Le  
» bubon, dit Rufus, qui, pour des causes manifestes et les pre-  
» mières venues, se développe au cou, aux aisselles et aux cuisses,  
» est avec fièvre ou sans fièvre. Nécessairement la fièvre qui se  
» joint à un bubon est accompagnée de frisson; si rien ne s'y  
» associe, il est aisé de la faire cesser sans danger.... Mais les  
» bubons appelés *pestilentiels* sont les plus dangereux et les plus  
» aigus, tels qu'on les voit surtout dans la Lybie, l'Égypte et la  
» Syrie, et dont a fait mention Denys surnommé *Kyrtus*. Diosco-  
» ride et Posidonius s'en sont surtout occupés au sujet de la peste  
» qui régna en Lybie. Ils disent que dans cette peste il y avait une  
» fièvre aiguë, de la douleur, une tension de tout le corps, du dé-  
» lire, et le développement de bubons volumineux, durs, et qui ne  
» venaient pas à suppuration. Ces bubons se formaient non-seule-  
» ment dans les lieux ordinaires, mais encore aux jarrets et aux  
» coudes. » (*Classicoorum auctorum e Vaticanis codicibus*, t. IV,  
» curante A. Maio, in-8°, Romæ, 1834, p. 11.) Rufus d'Ephèse,  
» qui nous a conservé ces détails, vivait sous Trajan qui régna de  
» 98 à 117 ans après J.-C.; les médecins Denys, Dioscoride et  
» Posidonius lui sont antérieurs. Les détails dans lesquels entre  
» Rufus, la fièvre, le délire, les bubons dans les lieux ordinaires,