

efficacité est plus que douteuse. C'est seulement quand le sang s'est arrêté depuis 3 à 4 jours au moins, qu'on peut recommencer les bains avec prudence.

Quand la *péritonite* se déclare, le traitement est au fond le même. Avant tout on a recours à l'opium, à plus grandes doses encore, malheureusement sans succès le plus souvent. Peut-être le traitement chirurgical de la péritonite a-t-il un certain avenir (incision, lavage et drainage du péritoine). Mais les résultats obtenus jusqu'ici par cette méthode ne sont pas encore très encourageants.

Lorsque la *diarrhée* est intense, on prescrit une mixture gommeuse, du tannin, du sous-nitrate de bismuth, ou de petites doses d'opium. La *constipation* du début cède au *calomel* (voir ci-dessus). Plus tard on cherchera, principalement au moyen de *lavements*, à procurer les garde-robes. Si l'on n'y parvient pas, on donne de la rhubarbe ou de l'huile de ricin. L'excès du *météorisme* s'atténue par des applications froides ou des vessies de glace sur le ventre. Par l'introduction dans le rectum d'une longue sonde intestinale, on réussit souvent à évacuer des quantités notables d'air et de gaz. Nous manquons d'expérience personnelle relativement à la *ponction* des intestins *tympanisés*, que préconisent quelques médecins.

En présence de *symptômes pulmonaires* graves, les *bains*, comme nous l'avons dit, accompagnés d'affusions froides, constituent le remède capital. A l'intérieur on peut essayer la liqueur ammoniacale anisée et les fleurs de benjoin (poudre de 0,1 à 0,2). Quand la *fréquence du pouls est excessive*, on place une vessie de glace sur le cœur et on prescrit, si en même temps le pouls est petit et faible, des *excitants*, surtout le *camphre* (voir plus bas). La *digitale* (poudre de feuilles de digitale 0,3, 2 à 3 poudres par jour) peut être employée en cas de vitesse extrême du pouls, mais réclame beaucoup de prudence.

Les bains avec affusion sont également le remède le plus actif contre les *désordres nerveux*. Dans l'intervalle des bains, on recouvre la tête d'une vessie de glace. De *petites doses de morphine* sont visiblement utiles dans les états de grande excitation (agitation vive, délire).

L'apparition, parfois soudaine, du *collapsus* et des *signes de faiblesse du cœur* demande de la promptitude et de l'énergie dans l'intervention. Comme remèdes *excitants* à donner à l'intérieur, il faut signaler le vin généreux, le camphre (0,1 à 0,3, sous forme de poudre), le musc (0,3 à 0,5 *par dose*), et l'esprit de nitre doux. Les *injections sous-cutanées d'éther ou de camphre* agissent plus rapidement et sont beaucoup plus faciles à employer (toutes les heures ou toutes les deux heures, une à deux seringues entières de PRAVAZ, chargées d'une solution de camphre, 2,0 dans 8,0 d'huile d'olives). Pour

activer la respiration il n'y a rien de comparable aux affusions froides sur la nuque. Dans beaucoup de cas on réussit aussi par la *respiration artificielle* à remettre en activité le poumon, dont la fonction commence à s'enrayer.

Les complications et les maladies consécutives, qui peuvent survenir en grand nombre et que nous ne pouvons plus énumérer de nouveau ici, doivent être traitées d'après les règles en usage.

Les *mesures prophylactiques* dirigées contre la dissémination de la maladie ne sauraient être indiquées qu'à grands traits. Le point le plus important, c'est la *désinfection* rigoureuse des *évacuations* (en versant sur les déjections de bonnes quantités d'une solution phéniquée à 5 p. ‰). Puis il faut veiller à ce que les vases plats dont se servent les malades, de même que les draps de lits, le linge de corps, etc., entrent aussi peu que possible en contact avec d'autres personnes. — Si l'on a quelque motif de croire que la maladie est en rapport avec les eaux de boisson ou les eaux utiles, il faut évidemment condamner les citernes et les conduites qui les fournissent.

## CHAPITRE DEUXIÈME.

### TYPHUS EXANTHÉMATIQUE.

(Typhus tacheté, Typhus pétéchiol.)

Le typhus exanthématique est une maladie infectieuse aiguë, naguère souvent confondue avec le typhus abdominal, mais qui en diffère complètement. Les ressemblances qui rapprochent ces deux maladies et qui ont donné lieu à la dénomination clinique commune de « typhus », ne consistent que dans l'état général fébrile grave et dans une série de complications propres aux deux affections. Ces maladies cependant se distinguent profondément par leur évolution respective, et surtout par l'absence constante dans le typhus tacheté de la lésion intestinale caractéristique du typhus abdominal. Mais la différence essentielle entre les deux affections, laquelle doit nécessairement résider dans la *diversité de leur cause spécifique*, n'est pas encore établie à cette heure, puisqu'on ne connaît pas jusqu'ici quel est le *germe organisé* qui est la véritable cause du typhus maculé.

**Étiologie.** En ce qui concerne le mode suivant lequel l'infection se produit dans le typhus exanthématique, nos connaissances sont encore plus incertaines qu'à l'égard du typhus abdominal. Il est incontestable que la maladie ne naît jamais spontanément et que son apparition en un endroit, indemne jusqu'alors, doit toujours être rapportée à une invasion du

poison morbide venant d'autre part. Il est également établi par des observations nombreuses que le typhus tacheté appartient aux maladies *contagieuses*, c'est-à-dire que le transport immédiat du germe morbide s'opère très facilement du malade aux personnes de son entourage. Mais quant à dire comment ce transport a lieu, si le poison est contenu dans l'air expiré, ou, ce qui peut-être est plus probable, dans les squames épidermiques, dans les autres produits d'excrétion ou de sécrétion des malades, on ne connaît rien de positif à cet égard. On ignore tout autant par quelle porte le contagium infectant pénètre dans le corps, s'il est inspiré ou avalé. Ce qui est acquis, c'est que le microbe peut aussi se transmettre par les effets des malades (habits, linge, etc.).

Les milieux hygiéniques favorables peuvent certainement diminuer considérablement la contagiosité du typhus pétéchiol. Dans les baraquements bien ventilés de l'hôpital de Leipzig, par exemple, les cas de transmission de la maladie aux médecins, aux garde-malades et aux autres patients ne se sont rencontrés qu'exceptionnellement. Quand, au contraire, les circonstances du milieu sont mauvaises, c'est alors que le typhus tacheté a souvent *étendu au loin* ses ravages, et ces terribles *épidémies* qu'on a décrites sous le nom de « typhus de famine » ou « des armées » etc., appartiennent pour la majeure partie au typhus maculé. Dans les petites épidémies également on constate souvent que ce sont des auberges infectées et encombrées qui constituent les principaux foyers d'où rayonne la maladie.

Actuellement le typhus tacheté règne en permanence, principalement en Angleterre (l'Irlande notamment est depuis nombre d'années un foyer mémorable de la maladie), dans l'Allemagne orientale (*Posen*, la *Prusse orientale* et *occidentale*, la *Silésie*), la Pologne, la Galicie, la Russie, en partie aussi dans l'Europe méridionale. Au centre de l'Allemagne les cas qu'on rencontre annuellement en plusieurs endroits en plus ou moins grand nombre, doivent être attribués sans exception à l'importation.

Le typhus exanthématique atteint de préférence les jeunes sujets de 20 à 40 ans. Cependant il se présente aussi chez les enfants et assez souvent chez les personnes âgées. On n'a pas remarqué que les épidémies dépendent sensiblement des saisons. Comme dans le typhus abdominal, une première atteinte paraît conférer une immunité contre une invasion subséquente.

**Marche et symptômes de la maladie.** Les traits caractéristiques du typhus tacheté, quand on les compare à ceux du typhus abdominal, se résument en ce que la maladie débute beaucoup plus brusquement et plus rapidement, atteint en moins de temps un degré thermique très élevé, et

une grande intensité des symptômes généraux, mais qu'elle dure moins longtemps, rarement plus de deux semaines, et passe à la guérison le plus souvent d'une manière *critique*.

La durée de la *période d'incubation* paraît varier beaucoup. D'après MURCHISON elle s'étendrait communément *au delà de neuf jours*. Souvent, mais pas toujours, avant que la maladie se déclare effectivement, elle est précédée pendant plusieurs jours de *légers prodromes*, consistant en abattement, anorexie, douleurs de tête et des membres. Ensuite commence la maladie proprement dite, en général d'une façon assez soudaine, parfois par un *frisson initial* bien prononcé. En même temps, la température s'élève rapidement et peut dès le premier soir atteindre 40° à 40,5°. Quelquefois on voit suivre un ou plusieurs *vomissements*. En peu de temps s'établit un appareil fébrile grave. Les malades se sentent abattus et prostrés au plus haut degré. Souvent il existe des *douleurs* intenses *du rachis et des membres*. Bientôt se déclarent des *désordres nerveux* : une céphalée opiniâtre, du vertige, des photopies, des bourdonnements d'oreilles, dans les cas graves une obtusion à progression rapide et du délire. La *fièvre*, dans beaucoup de cas de typhus exanthématique, atteint souvent 41°, dépasse même parfois ce chiffre et suit une marche passablement continue, marquée le matin seulement par de faibles rémissions. En même temps la peau est chaude et aride, la langue desséchée et couverte d'un enduit épais, la respiration légèrement accélérée, le pouls très précipité. Dans les poumons se développent fréquemment les signes d'une *bronchite généralisée*. Parfois on observe également un *catarrhe du nez et de la conjonctive*. Des *symptômes abdominaux* notables manquent presque totalement, à l'occasion cependant il y a aussi du météorisme et un dévoiement léger. La *rate* est presque toujours fortement tuméfiée. Dans quelques épidémies seulement le gonflement de la rate n'aurait pas été observé (?). L'*urine* est concentrée, rare, souvent légèrement albumineuse.

Du troisième au septième jour apparaît l'*exanthème* caractéristique auquel la maladie doit son nom. Il consiste en une *éruption roséolique* ordinairement très abondante et étendue avec profusion sur le tronc et les extrémités, parfois aussi à la figure. Quelquefois cet exanthème est à larges taches et peut avoir alors beaucoup de ressemblance avec un exanthème morbillieux récent. Dans l'interstice des roséoles, la peau est souvent d'une rougeur érythémateuse diffuse. Après 2, 3 jours les roséoles deviennent hémorragiques et se transforment en *pétéchies* plus ou moins foncées. Communément ce n'est que dans les cas bénins que les roséoles, sans passer par l'état pétéchiol, redeviennent pâles. Dans des cas rares, mais parfaitement établis, l'éruption

n'est que clairsemée et peut même faire complètement défaut. L'*herpès* peut se montrer, mais rarement.

La *seconde semaine* déjà, quand la maladie est légère, il se produit de la défervescence et un amendement dans les symptômes généraux. Ce dernier s'annonce souvent par une profonde rémission de la température, coïncidant avec le septième jour environ. Dans les cas graves, au contraire, tous les symptômes s'accroissent. La faiblesse reprend de nouveau, les troubles nerveux atteignent le paroxysme de « l'état typhique grave » qui se traduit, soit par une *stupeur* profonde allant jusqu'au *coma* complet, soit par un *délire furieux*. Le *poumon* devient quelquefois le siège de pneumonies lobulaires et la fièvre persiste avec la même véhémence. Sous l'empire de ces symptômes, la maladie peut prendre une terminaison funeste. Dans les cas favorables, au contraire, il se déclare, parfois après une exacerbation fébrile excessivement élevée (*perturbatio critica*), qui a lieu du quatorzième au dix-septième jour, rarement quelques jours plus tôt ou plus tard, une subite amélioration des phénomènes morbides. Il est à remarquer qu'à ce moment la thermométrie accuse une chute sous forme de *crise*, c'est-à-dire que la chaleur, à part de très courtes interruptions, descend en un ou deux jours jusqu'à la normale. Dans les cas aussi où la fièvre tombe par oscillations descendantes, la défervescence s'opère toujours dans un temps notablement plus court que dans le typhus abdominal. L'exanthème pâlit rapidement, les malades se remettent peu à peu et ordinairement la guérison s'établit entière et durable. Quelques observateurs ont bien vu des *récidives* dans le typhus maculé ; mais elles sont en tous cas, au moins dans nos épidémies actuelles, extraordinairement rares.

**Complications et modes d'évolution.** Il résulte de l'exposé de la marche morbide que le typhus maculé ne comporte en réalité qu'un ensemble symptomatique indiquant une *forte infection générale de l'organisme*. La seule affection locale qui ne manque pour ainsi dire jamais, l'exanthème caractéristique, n'a évidemment aucun rapport avec l'existence des graves symptômes morbides. Il est probable aussi au plus haut degré que la majeure partie des *complications* qui se déclarent parfois dans les cas graves, sont de *nature secondaire* et naissent de la même façon que nous l'avons expliqué en détail dans le chapitre précédent. Ce sont d'ailleurs ces mêmes complications, qui dans des circonstances données se montrent dans toute maladie générale intense ; l'*otite*, la *parotidite*, les *pneumonies lobulaires* étendues, plus rarement les *affections gangréneuses du poumon et la pleurésie*, puis les *furoncles*, les *suppurations du tissu cellulaire*, le *décubitus*, les *affections dysentériques de l'intestin*, l'*ictère*, etc. D'un autre côté il y a lieu de douter encore si plu-

sieurs autres affections d'ordre local qui se présentent également sont aussi en relation *directe* avec le poison morbide spécifique. A cette catégorie se rapporteraient le mieux les *pneumonies lobulaires* et les *néphrites* qu'on rencontre dans des cas rares. — Les *maladies consécutives* sont peu fréquentes après le typhus exanthématique ; cependant on a parfois observé des *états anémiques* de longue durée, puis des *névralgies* et des *paralysies*, etc.

Les épidémies de typhus tacheté prises à part diffèrent considérablement l'une de l'autre, aussi bien sous le rapport des complications particulières que sous celui notamment de la marche générale et de la physionomie d'ensemble des cas. C'est ainsi que certaines épidémies se distinguent par la proportion plus considérable des *formes légères* de la maladie (*typhus exanthematicus levissimus*, improprement désigné par quelques-uns sous le nom de febricula). Dans ces cas le parcours général de la maladie n'est que de 5 à 8 jours. La fièvre alors affecte communément des allures plus bénignes, les symptômes généraux graves font défaut et les complications ne se rencontrent qu'exceptionnellement.

**Diagnostic.** La distinction entre le typhus tacheté et le typhus abdominal est parfois très difficile pendant un certain temps. On se guidera principalement sur les indications suivantes pour établir la différence : 1° Le *mode du début* qui dans le typhus tacheté est beaucoup plus brusque que dans le typhus abdominal et a lieu parfois à la faveur d'un fort frisson. 2° La plus grande gravité et la production plus prompte, en général, des désordres nerveux dans le typhus tacheté. 3° L'*exanthème* qui dans le typhus abdominal est rarement aussi étendu que dans le typhus tacheté et qui n'est que très exceptionnellement pétéchial dans le premier. 4° Les *douleurs rachialgiques et articulaires* beaucoup plus prononcées dans le typhus tacheté. 5° Si, malgré cela, le diagnostic demeure douteux, la décision finit par résulter du *mode de guérison* qui dans les cas graves de typhus abdominal est en moyenne beaucoup plus tardive et plus lente (*lytique*) que dans le typhus tacheté, dans lequel elle a lieu d'ordinaire au plus tard le dix-septième jour et le plus souvent d'une manière critique.

Le **pronostic** se base avant tout sur l'intensité de la fièvre et des symptômes nerveux. Les affections lobulaires étendues du poumon sont de toutes les complications les plus redoutables. La *mortalité* est très différente dans les diverses épidémies ; souvent de 6 à 7 %, elle peut monter à 20 %.

Le **traitement** se règle en général sur les mêmes principes fondamentaux que ceux que nous avons établis à propos du typhus abdominal. Il n'y a pas de remède spécifique contre le typhus tacheté. Outre les soins hygiéniques à donner aux malades, le *traitement à l'eau froide* intelligemment

conduit est ici également le plus en état de mitiger efficacement l'intensité de beaucoup de phénomènes morbides (la fièvre, les symptômes nerveux et pulmonaires) et de prévenir une foule de complications dangereuses. Pour plus de détails nous renvoyons au chapitre précédent.

### CHAPITRE TROISIÈME.

#### TYPHUS RÉCURRENT.

(Typhus à rechute, fièvre récurrente.)

**Étiologie.** L'intérêt majeur qui s'attache à la maladie appelée d'abord *relapsing fever*, fièvre à rechute, par les pathologistes anglais, et désignée ensuite par GRIESINGER sous le nom de *fièvre récurrente*, a sa raison d'être, d'abord dans sa marche particulière sous forme d'accès, puis surtout dans cette circonstance que la fièvre récurrente est une des premières maladies infectieuses où l'on ait découvert un germe spécifique organisé dont la facile constatation dans chaque cas pris à part peut servir à poser le diagnostic avec promptitude et sûreté. En 1873, OBERMEIER à Berlin trouva que dans le sang des malades atteints de fièvre récurrente, se rencontrent constamment à certains moments des microorganismes filiformes d'une nature spéciale. Cette découverte a depuis lors été confirmée de divers côtés, et on peut certifier qu'il suffit d'une seule démonstration certaine de la présence dans le sang de ces « *spirilles* » ou de ces formations appelées « *spirochaetes* » pour pouvoir porter, avec une certitude absolue, le diagnostic de la fièvre récurrente.

Le typhus récurrent n'est connu en Allemagne à l'état épidémique que depuis 1868. En 1872 et 1873 de grandes épidémies ont régné à Breslau et à Berlin. En 1879 et 1880 la maladie s'est répandue pour la dernière fois sur la plus grande partie de l'Allemagne du nord et du centre et a fourni matière à des observations et des études minutieuses et multiples. Ce sont les populations les plus pauvres qui ont été presque exclusivement atteintes et surtout la classe nombreuse des manouvriers errants et sans travail. Les logis et repaires malsains qui servent d'abri à ces gens ont été signalés de tous côtés comme les principaux foyers d'infection de cette maladie.

Le mode et le chemin de la contamination nous sont en grande partie encore inconnus. La *contagiosité* directe est reconnue par tous les observateurs. Cependant, d'après les expériences faites dans notre dernière épidémie et grâce à des conditions hygiéniques favorables, elle ne peut pas

être très active. Dans l'hôpital de Leipzig, où plus de 250 cas de fièvre récurrente ont été traités et où l'isolement ne pouvait être pratiqué dans toute sa rigueur, pas un seul cas de contagion ne s'est présenté. — Il est certain que la maladie peut se transmettre par l'*inoculation* directe avec du sang des typhiques récurrents, comme la démonstration en a été faite par un médecin russe sur des personnes saines. Plusieurs fois des médecins se sont infectés eux-mêmes en faisant des autopsies.

**Marche et symptômes de la maladie.** La durée de l'incubation dans la fièvre récurrente est de 5 à 8 jours environ. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'à la fin de cette période qui précède la maladie proprement dite, se montrent quelques *légers prodromes*. Généralement la maladie commence brusquement par un *frisson* plus ou moins fort, suivi aussitôt d'une *courbature générale* et intense. Il se déclare une céphalalgie violente, un abattement profond, de l'anorexie et avant tout *des douleurs vives dans le dos et les membres*. La *chaleur* s'élève rapidement et atteint dès le premier ou le second jour 41° et plus encore. La *peau* est chaude et aride, et prend communément de bonne heure un teint très caractéristique d'un *jaune-sale*. A Leipzig nous avons souvent remarqué de l'*herpes labialis*, qui paraît avoir été plus rare dans d'autres épidémies. La *langue* devient sèche, fortement chargée. Parfois succèdent des *vomissements*. Les *selles* sont en retard, ou bien il y a une légère diarrhée. La *rate* se gonfle rapidement et atteint fréquemment des dimensions plus considérables encore que dans le typhus abdominal et exanthématique. Le *foie* est aussi légèrement tuméfié. Le *poumon* présente parfois les signes d'une bronchite légère et exceptionnellement d'une bronchite plus grave. Le *pouls* est très rapide. Des *symptômes cérébraux* intenses, à part un faible degré d'apathie et de stupeur, se présentent rarement. Chez les buveurs seulement nous avons vu quelquefois éclater le *delirium tremens*. Comme nous l'avons fait remarquer, l'extrême *hyperesthésie des muscles* à la pression, principalement des muscles des mollets, est un signe très caractéristique.

Après que ces symptômes accompagnés d'une fièvre non interrompue, d'ordinaire très élevée, ont duré de 5 à 7 jours, se déclare, à la faveur d'une sueur profuse, une *déferescence critique* de la température. En même temps ne tarde pas à se manifester une amélioration si notable de l'état général que les malades se considèrent comme guéris complètement et n'ajoutent que médiocrement foi au médecin qui leur fait entrevoir une rechute. Très rarement, mais dans des cas positivement constatés, le tout se borne effectivement à un *seul accès*; en général, après une pause d'une semaine environ, se montre un *second*, puis un *troisième* accès;