

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;

plus rarement un *quatrième* ou même un *cinquième* dans lesquels tout l'appareil symptomatique susdit se déroule de nouveau d'une façon plus ou moins complète. Mais comme le seul signe certain et constant du retour de l'accès (dit *relaps*) est la reproduction de la fièvre, nous ferions mieux d'en décrire les particularités en même temps que le rythme fébrile. Parmi les autres signes objectifs il ne persiste d'ordinaire, pendant l'intervalle apyrétique, qu'une intumescence manifeste de la rate et parfois aussi le teint jaune-pâle particulier de la maladie.

Marche de la fièvre (v. fig. 3.) Le début de la fièvre dans le premier accès est, comme il a été dit, presque toujours subit, de façon que la température atteint rapidement (en peu d'heures seulement) un haut degré.

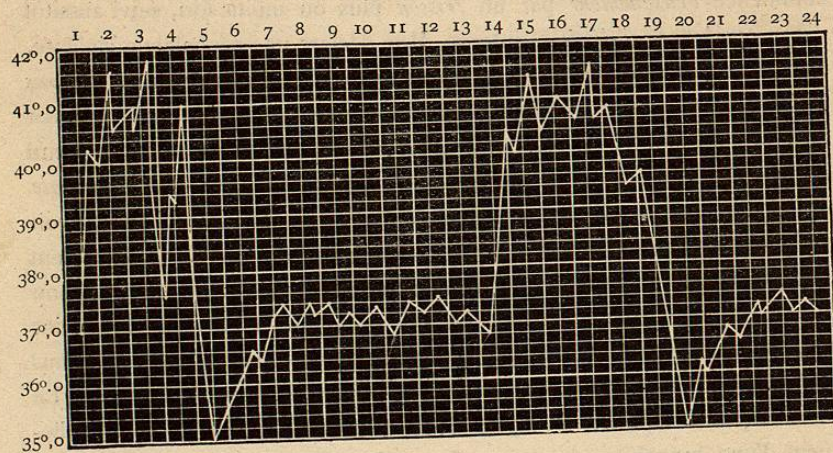


Fig. 3. Schéma de la courbe fébrile dans le typhus récurrent.

La durée totale de la fièvre est le plus souvent de 5 à 7 jours, mais fréquemment aussi il y a des accès plus courts (de 3 à 4 jours seulement) ou plus longs (de 9 à 12 jours, comme nous en avons observé). Pendant ce temps la fièvre peut se maintenir à une hauteur assez uniforme, plus souvent pourtant se déclarent des rémissions notables qui s'accroissent jusqu'à constituer des *pseudo-crisis* formelles. Alors la chaleur baisse le matin jusqu'à la normale et même au-dessous, de manière qu'on pourrait croire que la défervescence définitive s'est produite. Mais, le soir, la température remonte jusqu'à sa hauteur primitive. Ces pseudo-crisis sont le plus communes vers la fin de l'accès, parfois aussi elles se déclarent dès ses premiers jours. Les degrés absolus de chaleur atteints pendant la fièvre récurrente, sont en général *très considérables*. Des températures variant entre 41° et 41°,5 s'observent très fréquemment et n'ont comme telles, dans la fièvre à rechute,

aucune portée particulièrement funeste. La plus forte chaleur que nous ayons observée était de 42°,2. Souvent aussi se présentent des cas à degrés thermiques moindres (entre 39° et 40°). La *déferescence* à la fin de l'accès s'opère le plus fréquemment sous forme *critique*, rarement par oscillations descendantes précipitées. Comme la crise est souvent précédée d'une dernière ascension vespérale particulièrement élevée (*perturbatio critica*), la chute critique qui se fait ordinairement la nuit, à la faveur d'une forte sudation, est très prononcée. Elle peut être de 5 et de 6 degrés. La température descend presque toujours *au-dessous de la normale*, souvent jusque près de 35° c ; dans un cas nous l'avons même vue descendre jusqu'à 33°, 4.

Le premier accès est suivi d'une pause afebrile (*apyrexie*) dont la durée est en moyenne de 6 à 7 jours, souvent moindre, d'ordinaire plus longue. La plus longue apyrexie observée par nous était de 17 jours. Pendant cette accalmie, la température tombée ordinairement au-dessous de la normale remonte au niveau normal pour s'y maintenir le plus souvent. Ce n'est que par exception qu'il y a encore de légères exacerbations vespérales au-dessus de 38°, sans cause appréciable, ou dépendant de quelque complication (otite, furoncle, etc.). A un moment donné se déclare de nouveau, ordinairement le matin et à la faveur d'un brusque frisson, une *reprise de la fièvre*, qui est le début du *second accès* (la première rechute). En même temps, la température offre des particularités exactement semblables à celles du premier accès. Ordinairement cependant la durée totale de la première rechute est moins longue d'un à deux jours que celle du premier accès. Mais le contraire peut aussi avoir lieu. Je dois rappeler encore que nous avons noté assez souvent un ou deux jours déjà avant le début véritable du second accès (de même que du troisième), une exacerbation vespérale assez notable (jusqu'à 38°,5).

Dans beaucoup d'épidémies, la fièvre récurrente paraît s'être bornée en tout à deux accès, de sorte que dans 1/10 des cas seulement, ou moins souvent encore, un troisième accès a suivi. Dans la dernière épidémie au contraire il y a eu, dans la *pluralité* des cas, encore un troisième accès (seconde rechute). En même temps l'intervalle entre le deuxième et le troisième accès était en général de 1 à 2 jours environ plus long que la première apyrexie. Dans les épidémies antérieures, par contre, la seconde apyrexie, quand toutefois il y en avait une, paraît avoir été plus courte que la première. La durée du troisième accès est, conformément à toutes les relations, notablement plus courte que celle des deux précédents. D'ordinaire elle est de 2 à 3 jours; nous avons rarement vu la fièvre persister de 4 à 6 jours.

Un *quatrième* et surtout un *cinquième* accès constituent des exceptions. Si pourtant ils se produisent, ils sont généralement à peine ébauchés, et ne consistent guère qu'en une exacerbation fébrile d'un jour de durée. Plus on met de soins et de persévérance à mesurer la température dans la convalescence du typhus récurrent, plus on observera, même après un laps de temps considérable, par ci par là quelques légères ascensions thermiques qui ont peut-être la valeur d'accès rudimentaires expirants.

État des spirilles. Les cas de fièvre récurrente où, malgré une recherche *minutieuse*, on ne découvre pas de spirilles dans le sang, sont si imperceptiblement rares, que, mis en regard de ceux dans lesquels cette démonstration se fait facilement et sûrement, ils ne comptent pour ainsi dire pas. L'examen se fait le mieux sur une goutte de sang extraite par une piqure à la peau et sans aucun mélange quelconque. Une lentille à immersion est tout à fait superflue. Avec

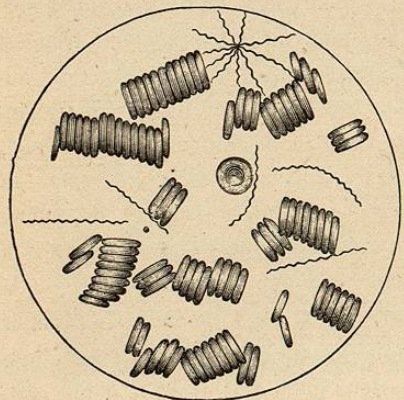


Fig. 4. Spirilles récurrentes dans le sang.

une bonne lentille Hartnack n° 8 les spirilles sont très nettement visibles. Nous avons pu les voir très bien avec le n° 7. La recherche des spirilles demande certes un peu d'exercice qu'on acquiert d'ailleurs facilement. Parfois on aperçoit de petites poussées et des déplacements de globules rouges, et c'est alors qu'apparaissent des filaments minces et délicats qui ont la longueur à peu près de 3 à 4 fois le diamètre d'une hématie (voyez fig. 4). Ces filaments sont animés d'un

mouvement ondulant vif et presque continu. Parfois le petit fil se tord sur lui-même pour se redresser de nouveau. Les spirilles sont tantôt isolées, tantôt enchevêtrées les unes dans les autres au nombre de 4 à 20, sous forme de pelottes. Leur nombre, sous le champ du microscope, diffère considérablement dans chaque cas et n'est *nullement* en rapport direct avec la gravité de la maladie. Parfois c'est seulement après de longues recherches qu'on découvre à peine quelques spirilles : en d'autres cas, dans une seule aire, on en voit vingt et plus à la fois. Un point du plus grand intérêt, c'est que *leur présence dans le sang est en rapport avec les accès*. Il est rare qu'au premier jour de l'accès on trouve quelques spirilles isolées dans le sang. Leur nombre s'accroît les jours suivants. Peu avant la fin de l'accès, donc avant la crise définitive, elles disparaissent d'ordinaire complètement. Très

exceptionnellement en trouve-t-on encore par ci par là, après la crise. Par contre, au cours des *pseudo-crisis* décrites plus haut, elles ont été décelées fréquemment dans le sang par d'autres et par nous-même, de façon que leur persistance, la température étant devenue normale, est le présage d'une réascension fébrile. Jusqu'ici on ne les a découvertes que dans le *sang* (dans le sang menstruel, dans l'urine cruentée et les crachats sanguinolents, etc.) mais jamais dans l'intérieur des organes et les produits de sécrétion (urine, lait, sueur, contenu des vésicules d'herpès). Il n'y a pas de doute que les spirilles qui se montrent dans les accès successifs, ne doivent être considérées comme appartenant à des générations différentes. Mais nous ne connaissons rien jusqu'ici de leur mode ni de leur lieu de développement. Dans les derniers accès rudimentaires, on ne rencontre plus que de rares spirilles, si tant est qu'il y en ait. Si les malades succombent dans un accès, on retrouve ces microbes dans le sang cadavérique. Les essais de culture artificielle des spirochètes n'ont pas réussi jusqu'à présent et les pures cultures n'ont, à notre connaissance, pas donné de résultat. D'après une observation d'ALBRECHT, les spirilles se multiplieraient aussi en dehors du corps, dans le sang soustrait pendant la période apyrétique à un malade atteint de fièvre récurrente.

Quant aux autres *altérations du sang* dans la fièvre à rechute, signalons une légère augmentation des globules blancs, laquelle se rencontre très fréquemment, puis la présence souvent excessivement abondante dans le sang, de petits corpuscules soi-disant granulations, dont la signification (leucocytes dégénérés) est encore incertaine, et finalement des cellules spéciales, passablement grandes, pointillées de granulations graisseuses, que PONFICK a découvertes dans le sang veineux et qui dérivent vraisemblablement de la rate. On a encore trouvé dans le sang des cellules endothéliales graisseuses.

Les **complications** sont en général rares dans la fièvre récurrente, et ordinairement de nature secondaire. Les *affections oculaires graves*, comme l'iritis et l'iridochoroidite sont à signaler à raison de leur importance. Parfois on rencontre la *parotidite*, la *laryngite* et les *pneumonies*. Une complication assez fréquente et qui peut devenir dangereuse, c'est l'*hémorrhagie nasale* profuse et difficile à arrêter. On a observé quelquefois des *affections intestinales dysentériques graves*. Dans un cas terminé par la mort, nous avons vu une affection intestinale tout à fait spéciale, consistant en foyers hémorrhagico-nécrotiques de la muqueuse du gros intestin et de la partie inférieure de l'iléon. Souvent, dans les cas graves, on rencontre la *néphrite aiguë hémorrhagique*. — Comme résultats nécroscopiques

importants et *caractéristiques*, il faut encore mentionner les foyers blancs, sous forme de cônes, semblables à des infarctus et qu'on a signalés dans la *rate*. Ils empruntent leur signification clinique à la péritonite et aux états pyémiques auxquels ils servent de point de départ. L'*abcès de la rate* a été noté également.

Comme toutes les autres maladies infectieuses aiguës, le typhus récurrent présente **plusieurs variétés dans son évolution**. Citons tout d'abord les cas *bénins et abortifs*, dans lesquels les accès sont peu nombreux et où la durée de chaque accès est très courte. On a décrit d'autre part des cas qui ont montré un caractère quasi intermittent. Mais il faut signaler surtout cette forme sévère de typhus récurrent que GRIESINGER a observée le premier en Égypte et décrite sous le nom de « *typhoïde bilieuse* ». Après que la présence des spirilles fut établie avec certitude dans cette forme morbide, après qu'on eût montré notamment que par l'inoculation à un autre homme (!) on reproduisait une fièvre à rechute commune, il ne pouvait plus subsister de doute sur l'affinité des deux maladies. La typhoïde bilieuse se manifeste par accès exactement semblables à ceux du typhus récurrent. Mais le tableau morbide en est beaucoup plus sombre : en règle générale il se déclare un ictère intense et l'issue en est fréquemment mortelle. A l'autopsie on trouve parfois dans la rate fortement tuméfiée, des infarctus et des abcès, puis des abcès dans le foie, la néphrite septique, etc.

Le **pronostic** est le plus souvent favorable dans la fièvre récurrente commune. Dans les dernières épidémies, la mortalité n'oscilla que de 2 à 4 %. Les cas funestes qui se sont présentés étaient en partie imputables au manque de soins. Dans les autres, la mort était le résultat d'une complication (pneumonie, néphrite, etc.).

Le **traitement** du typhus récurrent doit jusqu'à présent être purement symptomatique. Le traitement antipyrétique est ordinairement inutile, par suite de la courte durée relative et du caractère souvent fortement intermittent de la fièvre. Les bains froids au surplus sont mal supportés par la plupart des malades, à cause de la grande sensibilité des muscles. Le plus souvent une bonne hygiène et des aliments appropriés suffisent amplement. Si les douleurs musculaires sont très intenses, on prescrira des embrocations avec l'huile de chloroforme. On traitera les complications d'après les règles généralement en usage.

Nous ne connaissons aucun moyen d'agir sur le processus morbide lui-même et d'empêcher le retour des accès. On a employé dans ce but, mais toujours sans succès, de grandes doses de quinine et d'acide salicylique,

etc. Dernièrement on a attribué au *calomel* une influence avantageuse sur la marche générale de la maladie ; le nombre des accès serait diminué par ce remède. Mais cette assertion a besoin de confirmation.

CHAPITRE QUATRIÈME.

SCARLATINE.

(Fièvre scarlatine.)

Nous commençons par la scarlatine la description de ces maladies infectieuses aiguës qu'on comprend d'ordinaire sous le titre « *d'exanthèmes aigus* ». A part la *scarlatine*, on range aussi dans ce groupe la *rougeole*, la *rubéole*, la *variole*, la *varicelle* et parfois aussi l'*érysipèle de la face*. Ces maladies ont cela de commun, que dans toutes se développe une éruption cutanée très caractéristique, dont la signification clinique, la plupart du temps, a par elle-même assez peu d'importance, mais qui, à raison de sa physionomie toute spéciale dans chacune de ces maladies prises à part, sert d'élément principal au diagnostic. Une partie des exanthèmes aigus, notamment la scarlatine, la rougeole, la rubéole et la varicelle, ont entre eux un lien d'affinité de plus en ce sens qu'ils se déclarent de préférence chez les *enfants*.

Étiologie. L'infection au moyen du poison spécifique scarlatineux s'opère presque toujours par la voie de la contagion : la scarlatine est une *maladie éminemment contagieuse*. Un séjour de courte durée dans le voisinage d'un scarlatineux suffit pour donner la maladie et il n'y a pas de doute non plus qu'elle se transmette par les objets avec lesquels le malade a été en contact, comme le linge, les habits, les meubles, les jouets, etc. Des personnes qui ont été en rapport avec des scarlatineux peuvent transporter la maladie sans la subir elles-mêmes. En Angleterre on a maintes fois admis la diffusion possible du contagion par l'intermédiaire du lait.

De nombreuses observations tendent à prouver que le poison scarlatineux est excessivement résistant et que sa vertu contagieuse peut se conserver de longs mois (c'est ce qu'on appelle « la *ténacité* » du contagion). On voit par là combien il est difficile, parfois même impossible, de dépister dans chaque cas la source de l'infection. La propriété infectante des scarlatineux dure jusqu'à la terminaison du stade de desquamation.

Le mode intime de l'infection, non moins que le poison spécifique lui-même, nous sont encore inconnus. On a affirmé à diverses reprises avoir constaté dans le sang et les tissus des scarlatineux la présence de bactéries, mais il n'est pas probable qu'on ait eu affaire en ces cas au véritable germe