

Lorsqu'un malade présente des symptômes de péritonite, il ne faut pas désespérer de le sauver, car si la péritonite par perforation est toujours mortelle, il existe des péritonites partielles par propagation qui peuvent se terminer par la guérison; il faut donc lutter jusqu'au bout et appliquer le traitement ordinaire de la péritonite (voy. ce mot), en le proportionnant aux forces des malades; l'anémie et la faiblesse générale permettent rarement d'avoir recours aux émissions sanguines.

Dans les cas de laryngite œdémateuse ou de nécrose des cartilages du larynx, il est quelquefois nécessaire de pratiquer la trachéotomie.

Pendant toute la durée de la maladie il faut prescrire du bouillon et du vin; dès que la défervescence est complète on augmente progressivement l'alimentation; quelques malades présentent à cette période du délire d'inanition qu'il ne faudrait pas attribuer à des complications cérébrales. La convalescence doit être surveillée de très-près, les malades seront soustraits à toute espèce de fatigue ou d'émotion, et ils garderont le lit jusqu'à ce que les forces soient suffisamment revenues.

PETIT et SERRES. Traité de la fièvre entéro-mésentérique. Paris, 1813. — BRETONNEAU. De la dothiéntérie (Arch. gén. de méd., 1826). — GENDRON. Recherches sur les épidémies des petites localités (Journ. des connaiss. médico-chirurgic., 1834). — LOUIS. Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous le nom de fièvre typhoïde. 2^e édition, Paris, 1841. — FORGET. De l'entérite folliculeuse. Paris, 1840. — DELARROQUE. Traité de fièvre typhoïde. Paris, 1847. — PIEDYACHE. Recherches sur la contagion de la fièvre typhoïde (Mém. de l'Acad. de méd., 1850). — VIGLA. Mémoire sur les ruptures de la rate (Arch. gén. de méd., 1853). — WUNDERLICH, GRIESINGER, MURCHISON. Op. cit. — E. FRITZ. Etude clinique sur divers symptômes spinaux observés dans la fièvre typhoïde, thèse, Paris, 1864. — MABBOUX. De la récidive de la fièvre typhoïde, thèse, Strasbourg, 1866. — DIEULAFOY. De la mort subite dans la fièvre typhoïde, thèse, Paris, 1869, et Gazette hebdomadaire, 1877, p. 310. — Rechutes et récidives dans la fièvre typhoïde. Discussion à la Soc. méd. des hôp., déc. 1869. — CORNIL. Histologie des lésions intestinales dans la fièvre typhoïde (Archiv. de physiol., 1870). — A. LAVERAN. De la fièvre typhoïde abortive ou fébricule typhoïde (Arch. gén. de méd., 1870). — Du même. Traité des maladies des armées. 1875. — PRUNAC. Etude sur la fièvre typhoïde chez les enfants. Thèse, Paris, 1870. — FORGEMOL. De la fièvre typhoïde spinale, thèse, Paris, 1871. — PETTENKOFER. Ueber die Etiologie der typhus. München, 1872. — E. VALLIN. De la forme ambulatoire ou apyrétique grave de la fièvre typhoïde (Arch. gén. de méd., 1873). — W. BUDD. Typhoid fever its nature, etc. London, 1873. — LONGUET (R.). De la complication cardiaque de la fièvre typhoïde et de la mort subite consécutive, thèse, Paris, 1873. — GLÉNARD. Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids (Lyon, méd., 1873 et 1874). — LIEBERMEISTER. Article *Typhus abdominalis* du Traité de pathologie de Ziemssen. Leipzig, 1874. — JACCOUD. Leçons de clinique médicale. Paris, 1874. — LEUDET. Clinique médicale. Paris, 1874. — HAYEM. Leçons cliniques sur les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde (Progrès médical, 1875). — SALES. De la péritonite par propagation dans la fièvre typhoïde, thèse, Paris, 1875. — HAGENMULLER. De la

cholécystite dans la fièvre typhoïde, thèse, Paris, 1876. — BAROT. Absès musculaires dans la fièvre typhoïde, thèse, Paris, 1876. — BUSSARD. De la mort subite dans la fièvre typhoïde (Rec. mémoires de méd. milit., 1876, p. 428). — GUÉNEAU DE MUSSY. Recherches sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. Paris, 1877. — Discussion à l'Académie de médecine sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, discours de MM. Guéneau de Mussy, Bouley, Bouchardat, Jaccoud et Chauvigné (Bulletin de l'Acad. de méd., 1877). — MAURICE RAYNAUD. De la fièvre typhoïde à rechute (Gaz. hebdom., 23 mars 1877). — FÉRÉOL, MAURICE RAYNAUD, PETER, LIBERMANN, FERRAND. De la valeur des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde. Société médicale des hôpitaux, 1877. — A. ROBIN. Essai d'urologie clinique, La fièvre typhoïde, thèse, Paris, 1877. — JOCAVEILL. De quelques altérations de la rate dans la fièvre typhoïde, thèse, Paris, 1877. — A. GUYARD. Etude sur la fièvre typhoïde à rechute, thèse, Paris, 1877. — PERRIN. De la récidive dans la fièvre typhoïde, thèse, Paris, 1877. — CHAUMEL. Des complications laryngées de la fièvre typhoïde, thèse, Paris, 1877. — H. HUGHARD. Etude critique sur la pathogénie de la mort subite dans la fièvre typhoïde (Union médicale, 1877). — HOMOLLE. De la fièvre typhoïde (Revue générale in Revue des sc. méd., 1877, t. X, p. 314). — DEBIERRE. Des oblitérations artérielles dans la fièvre typhoïde, thèse, Paris, 1877. — P. DUPEYRON. Des thromboses veineuses dans la fièvre typhoïde, thèse, Paris, 1877. — Ch. AMAT. De la fièvre typhoïde à forme rénale, thèse, Paris, 1878. — LORAIN. Etudes de méd. clin., La température, etc., t. II, p. 50.

TYPHUS.

Synonymie : *fièvre des camps, typhus ou peste de guerre, typhus fever, typhus exanthématique.*

Les auteurs allemands ont donné au mot *typhus* un sens générique qui correspond à celui de *maladies typhoïdes* et ils le font toujours suivre d'un qualificatif quand ils veulent désigner telle ou telle maladie typhoïde en particulier : *typhus abdominalis, typhus exanthématique, etc.* Pour les auteurs français, le mot *typhus* employé seul s'applique toujours au *typhus exanthématique*, c'est là une règle excellente dont il ne faut pas se départir sous peine de confusion.

ÉTIOLOGIE. — Le typhus a deux foyers principaux en Europe : la Silésie et l'Irlande; dans ce dernier pays, la mortalité par le typhus représente le dixième environ de la mortalité générale. De l'Irlande et de la Silésie la maladie est souvent importée dans les pays voisins, d'autant que les Irlandais et les Silésiens, très-malheureux chez eux, émigrent volontiers. Les villes anglaises qui ont avec l'Irlande des relations suivies, Liverpool, Manchester, Bristol, fournissent les plus forts contingents au typhus qui règne du reste dans presque toutes les grandes villes d'Angleterre concurremment avec la fièvre typhoïde. D'après Virchow, la plupart des épidémies de typhus observées à Berlin y ont été importées par des ouvriers silésiens. Le typhus est aujourd'hui endémique dans presque toutes les provinces russes de

la Baltique; il a été importé plusieurs fois en France, notamment en 1814 par les armées alliées, et en 1856 par nos soldats revenant de Crimée, mais il a toujours disparu avec les circonstances qui l'avaient fait naître. On a observé aussi à plusieurs reprises le typhus sous forme de petites épidémies dans les bagnes, les prisons et sur quelques points de la Bretagne.

L'étiologie du typhus a donné lieu aux mêmes discussions que l'étiologie de la fièvre typhoïde. Parmi les auteurs, les uns pensent que le typhus naît toujours de lui-même comme les maladies virulentes, qu'il n'est pas susceptible d'un développement spontané; les autres, tout en admettant la contagion et l'importation dans bon nombre de cas, soutiennent que le typhus peut aussi prendre naissance spontanément dans certaines conditions de milieu. Nous ne parlons pas de l'opinion qui assimile le typhus à la fièvre typhoïde, nous avons eu déjà l'occasion de dire qu'elle était abandonnée aujourd'hui par la plupart des auteurs; à propos du *diagnostic* nous montrerons du reste qu'il n'est pas possible de confondre ces deux espèces morbides.

Un premier fait est établi, c'est que le typhus est essentiellement contagieux, la contagion est ici bien plus facile à démontrer que pour la fièvre typhoïde, parce que le miasme se répand dans l'air qui entoure les malades. Dans les hôpitaux des fiévreux de Londres, il est de règle que les médecins, les étudiants et les infirmiers prennent tôt ou tard le typhus; lorsqu'un typhique est admis dans une salle d'hôpital qui n'en renfermait pas, on voit bientôt des cas intérieurs se développer et la maladie peut faire le tour de la salle en commençant par les lits les plus voisins du malade qui a importé le typhus. En Crimée, le personnel hospitalier a subi des pertes considérables, la mortalité par le typhus a été de 12,88 sur 100 pour les médecins militaires, alors qu'elle était seulement de 0,47 sur 100 pour les officiers.

Il est également prouvé qu'un grand nombre d'épidémies de typhus se sont développées à la suite d'importations; mais, d'autre part, on a vu apparaître plus d'une fois le typhus sur des bâtiments qui tenaient la mer depuis longtemps, dans des bagnes et des prisons qui n'avaient reçu aucun malade typhique et l'on ne saurait nier que l'encombrement, la misère et la malpropreté soient de puissants facteurs du typhus; on a accusé aussi la famine et le froid qui favorisent évidemment l'action des causes précédentes.

Tout en accordant la plus grande part à la contagion dans l'étiologie

du typhus, il faut reconnaître ici, comme pour la fièvre typhoïde, que les conditions de milieu ont une importance considérable et qu'elles suffisent parfois à provoquer l'apparition de la maladie.

La durée de l'*incubation* du typhus est de douze jours en moyenne.

DESCRIPTION.—Le typhus régulier a une durée de quatorze jours et la plupart des auteurs sont d'accord pour distinguer dans l'évolution de la maladie deux périodes :

Première période dite de réaction, correspondant au premier septenaire.

Deuxième période dite nerveuse, correspondant au deuxième septenaire.

La maladie peut débiter brusquement par un frisson, d'autres fois il y a des prodromes : lassitude, céphalalgie, vertiges, injection des conjonctives.

Les symptômes abdominaux et thoraciques, si importants dans la fièvre typhoïde, sont accessoires dans le typhus, tout l'intérêt se concentre sur les symptômes généraux et sur les symptômes nerveux.

La température s'élève plus rapidement que dans la fièvre typhoïde; dès le premier soir elle atteint d'ordinaire 40 degrés à 40°,5; pendant la période d'état, la tendance à la continuité est plus grande, et les maxima thermiques sont en général plus élevés que dans la fièvre typhoïde; enfin la défervescence, au lieu de se faire lentement par des oscillations descendantes, est brusque dans la plupart des cas (fig. 6); en une seule nuit, la température tombe parfois de 40 degrés à la normale pour ne plus remonter; tous les auteurs qui ont pu comparer le typhus à la fièvre typhoïde ont été frappés de voir avec quelle rapidité l'état des typhiques se modifie au moment de la défervescence, alors que dans la fièvre typhoïde l'amélioration qui conduit à la convalescence est toujours lente et progressive.

L'élévation de la température du corps s'accompagne du cortège habituel de symptômes qui constituent l'état fébrile : céphalalgie, anorexie, soif vive, prostration, etc...; vers le cinquième ou sixième jour, on voit apparaître une éruption qui a une grande importance au point de vue du diagnostic. Elle consiste en un exanthème si semblable à celui de la rougeole, que des épidémies de typhus exanthématique ont été confondues avec des épidémies de rougeole. L'éruption du typhus, dit M. Godélier, ressemble beaucoup plus à celle de la rougeole qu'aux taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde.

Les principales différences entre l'éruption du typhus et celle de la rougeole sont les suivantes : 1° l'éruption du typhus se produit sur le tronc et sur les membres, mais n'envahit presque jamais la face, tandis que celle de la rougeole se produit à la face aussi bien que sur le reste du corps ; 2° l'éruption de la rougeole est purement exanthématique, elle disparaît complètement par la pression du doigt, tandis qu'au-dessous de l'exanthème typhique il y a souvent

Typhus exanthématique (Bokan)

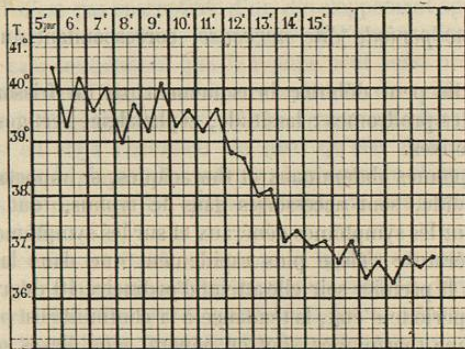


FIG. 6.

des taches plus foncées, plus profondes, ne disparaissant pas par la pression, d'où le nom de *taches exanthémo-pétéchiales* qui leur a été donné par Hildenbrand.

L'éruption, généralement abondante, peut être très-discrète ou même manquer complètement.

Deux ou trois jours après leur apparition, les taches pâlisent, prennent une teinte brunâtre, cuivrée, puis l'épiderme se desquame comme dans la rougeole (desquamation furfuracée).

Dès le début, il se produit une injection très-vive et très-caractéristique des conjonctives.

Les symptômes nerveux sont en général très-accentués, surtout dans le deuxième septenaire qui a reçu à cause de cela le nom de *période nerveuse*. Pendant la première période on observe une céphalalgie intense, de la lassitude; la prostration est moins grande que dans la fièvre typhoïde. Le délire qui se montre plus ou moins

rapidement, suivant la gravité des cas, est tantôt calme, tantôt bruyant et accompagné d'une agitation incessante; les idées délirantes ont souvent un caractère suivi et leur nature varie avec la profession des malades; plusieurs observateurs ont comparé le délire des typhiques au délire alcoolique.

Du côté des organes digestifs, il faut noter de la tendance à la constipation. La langue d'abord blanche et saburrale se dessèche quand l'état typhoïde est prononcé. Il n'y a ni douleur, ni gargouillement à la pression dans la fosse iliaque droite.

La rate est souvent augmentée de volume.

La bronchite est moins constante que dans la fièvre typhoïde et la tendance à l'hypostase moins marquée.

À côté des cas réguliers et d'intensité moyenne dont la durée est de quatorze jours, il en est de graves qui peuvent durer plus longtemps et de légers, qui sont au typhus ce que la fièvre typhoïde est à la fièvre typhoïde; parfois même le miasme typhique n'engendre que des troubles passagers qui méritent à peine le nom de maladie (typhisation à petite dose. F. Jacquot).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le typhus n'a pas, comme la fièvre typhoïde, de lésion anatomique qui lui soit spéciale, les plaques de Peyer ne sont pas atteintes; les seules altérations signalées par les auteurs sont la tuméfaction de la rate qui est commune à presque toutes les maladies infectieuses et les dégénérescences qui relèvent du processus fébrile; l'altération des fibres du cœur est souvent très-marquée, les parois du cœur sont flasques et décolorées (Stokes).

DIAGNOSTIC. — L'évolution de la fièvre, l'injection de la face et des conjonctives au début, l'éruption exanthématique ou exanthémo-pétéchiale, l'intensité des symptômes nerveux et le caractère particulier du délire permettent de reconnaître assez facilement le typhus, alors même qu'on le rencontre pour la première fois. Dans le diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde et du typhus, on est guidé en général par l'épidémicité de l'une ou de l'autre de ces maladies; les différences symptomatiques sont d'ailleurs nombreuses et importantes: la marche de la température n'est pas la même, l'ascension et la défervescence, rapides dans le typhus, sont lentes et progressives dans la fièvre typhoïde; la durée moyenne du typhus est de quatorze jours, celle de la fièvre typhoïde de vingt et un; l'exanthème du typhus ne ressemble pas aux taches rosées de la fièvre typhoïde; le délire présente dans le typhus un caractère particulier;

les symptômes abdominaux et thoraciques, si importants dans la fièvre typhoïde, font plus ou moins défaut chez les typhiques.

Le typhus et la fièvre typhoïde, qui récidivent rarement sur un même sujet, ne donnent pas l'immunité l'un pour l'autre, ainsi que cela devrait être s'il s'agissait d'une seule et même maladie présentant seulement quelques différences symptomatiques, on trouve dans les auteurs de nombreux exemples d'individus atteints successivement de fièvre typhoïde et de typhus.

L'absence des lésions des plaques de Peyer chez les typhiques constitue enfin une des meilleures preuves de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde; en cas d'épidémie, si l'on conserve quelques doutes sur la nature véritable de la maladie typhoïde régnante, rien n'est plus facile que de se renseigner par l'ouverture de quelques cadavres; on peut dire sans exagération que le diagnostic est écrit dans l'intestin des malades.

PRONOSTIC. — La mortalité du typhus comme celle de la fièvre typhoïde varie beaucoup avec les épidémies. Les conditions dans lesquelles se trouvent les malades ont une grande influence sur le pronostic; lorsque le typhus règne sur des hommes affaiblis par des maladies antérieures, entassés dans des hôpitaux insuffisants et mal aménagés, la mortalité est très-forte; en Crimée, elle a été de 50 pour 100 et d'après Graves elle était presque aussi considérable sur les malheureux Irlandais qui en 1847 s'entassaient sur des vaisseaux pour émigrer en Amérique; au contraire, lorsque les malades sont placés dans des salles vastes et bien aérées, en dehors des foyers épidémiques, la mortalité est faible; en 1856, au Val-de-Grâce, elle n'a été que de 14 pour 100. Griesinger, en comparant les chiffres fournis par différents auteurs, a trouvé que la mortalité moyenne dans le typhus était de 15 à 20 pour 100.

Beaucoup d'accidents et de complications de la fièvre typhoïde ne sont pas à redouter dans le typhus, en particulier les hémorrhagies intestinales et les péritonites par perforation; le danger résulte de l'intensité même des symptômes généraux ou des symptômes nerveux; dans les cas graves il y a une véritable sidération et les malades succombent en quelques jours.

La convalescence est beaucoup plus franche que dans la fièvre typhoïde.

PROPHYLAXIE. TRAITEMENT. — Nous avons vu que le typhus était éminemment contagieux; il faut donc isoler avec soin les malades qui en sont atteints et les traiter dans des salles spéciales ou mieux

dans des hôpitaux spéciaux; on choisira pour faire le service dans les salles réservées à ces malades des hommes ayant eu déjà le typhus. Les vêtements provenant des typhiques peuvent servir de véhicule à la contagion, ils seront détruits ou désinfectés avec soin.

Les mesures à prendre pour prévenir le développement spontané du typhus sont variables suivant les circonstances, on peut dire seulement que les principales indications à remplir sont : de s'opposer à l'encombrement, de remédier dans la mesure du possible à la misère des populations menacées et de donner une grande importance à toutes les mesures d'hygiène générale et de propreté.

Il n'est pas plus possible de faire avorter le typhus que la fièvre typhoïde. Au début les évacuants sont souvent indiqués; comme l'intestin n'est pas malade, on peut insister sans crainte sur les purgatifs. Le sulfate de quinine rend des services lorsque le typhus règne dans des pays palustres et se complique de fièvres intermittentes; dans le cas où l'élément palustre fait défaut, on doit se contenter de prescrire le quinquina sous la forme d'extrait.

Dans le délire violent, Graves prescrivait l'opium uni à de petites doses d'émétique. Les révulsifs, sinapismes, vésicatoires, sont souvent utiles; les saignées générales sont condamnées par tous les auteurs.

On alimentera les malades comme dans la fièvre typhoïde, et on surveillera avec le même soin leur hygiène.

GRAVES. Clinique, t. I. — JENNER, MURCHISON, M. HUSS, GRIESINGER, A. LAVERAN. *Op. cit.* — F. JACQUOT. Du typhus de l'armée d'Orient. Paris, 1856. — GODÉLIER. Mémoire sur le typhus observé au Val-de-Grâce du mois de janvier au mois de mai 1856 (Gaz. méd. de Paris, 1856). — VIRCHOW. Du typhus famélique. Traduction de Hallopeau. Paris, 1868. — J. ARNOULD. De l'origine et des affinités du typhus. Paris, 1869. — J. PÉRIER. Effets de la misère et typhus dans la province d'Alger en 1868 (Rec. mém. méd. milit., 1869-1870). — VITAL. Du typhus dans la province de Constantine (même Rec. 1869). — A. MAURIN. Le typhus d'Algérie, 1873. — Discussion de l'Académie de médecine sur l'étiologie du typhus. 1872-1873. — BOTKIN. De la fièvre, traduction du docteur A. Georges, 1872. — GUILLEMIN. Les origines et la propag. du typhus (Gaz. hebdom., 1873). — MASSE. Typhus et fièvre typhoïde. Paris, 1878.

TYPHUS A RECHUTE.

Synonymie : *relapsing fever*, *typhus récurrent*, *fièvre récurrente*, *typhus* ou *fièvre de famine*.

Les foyers du typhus à rechute en Europe sont à peu près les mêmes que ceux du typhus exanthématique; c'est en Irlande qu'on a le plus souvent l'occasion d'observer cette espèce morbide. Depuis

1840, le typhus à rechute a pris à plusieurs reprises dans ce pays un développement épidémique, particulièrement en 1847 et 1848; d'Irlande le typhus à rechute a été importé en Écosse et en Angleterre; sur le continent, il a été observé en Silésie et en Russie. La typhoïde bilieuse paraît devoir être considérée comme une variété grave du typhus à rechute.

ÉTILOGIE.—Le typhus à rechute est contagieux; il est fréquemment importé hors de ses foyers d'origine. Les circonstances qui favorisent l'apparition du typhus à rechute sont les mêmes que pour le typhus exanthématique: misère, encombrement, malpropreté. Il est fréquent de voir la fièvre récurrente régner en même temps que le typhus; dans les épidémies mixtes, les cas de typhus à rechute dominent souvent au début et à mesure que l'épidémie progresse, le typhus exanthématique prend la place de la fièvre récurrente (Murchison). On a accusé l'inanition de faire naître le typhus à rechute, d'où les noms de *typhus* et de *fièvre de famine* qui lui ont été donnés par quelques auteurs; la famine ne joue ici, comme dans l'étiologie du typhus, que le rôle de cause prédisposante en augmentant la misère, la malpropreté et l'encombrement; dans les années de famine, les populations des campagnes affluent dans les villes pour y chercher des secours et s'entassent dans des locaux insuffisants et malpropres.

Contrairement à ce qui arrive pour la fièvre typhoïde et le typhus exanthématique, une première atteinte de typhus à rechute ne confère pas l'immunité.

La typhoïde bilieuse a été observée dans les pays chauds, en Égypte (Griesinger) et dans les pays froids, Irlande, Russie (épidémie de Saint-Petersbourg, 1865).

DESCRIPTION.—1° *Typhus à rechute, forme simple*. Après une incubation dont la durée est mal connue, la maladie éclate brusquement par un frisson violent, de la céphalalgie, des douleurs lombaires et des vomissements; comme Jenner l'a fait remarquer, ce début rappelle celui de la variole. La température s'élève brusquement à 40 et même 42 degrés; le pouls est accéléré (100 à 120 pulsations par minute); les phénomènes nerveux: prostration, insomnie sont en général moins marqués que dans la fièvre typhoïde, cependant les malades accusent une céphalalgie frontale très-forte et parfois ils ont du délire. La langue est blanche, humide, la constipation est la règle.

Au bout de cinq à dix jours de fièvre, une transpiration abon-

dante se produit, la défervescence se fait brusquement et dès le lendemain de cette crise le malade est guéri en apparence, il demande à manger et n'accuse plus que de la faiblesse. La période de rémission dure de quatre à quatorze jours; au bout de ce temps, les symptômes qui ont marqué le début du premier accès se reproduisent dans le même ordre: frisson, céphalalgie, vomissements; la température, qui était tombée à la normale ou même au-dessous, remonte brusquement (fig. 7). Après quelques

Fièvre récurrente. [Wunderlich]

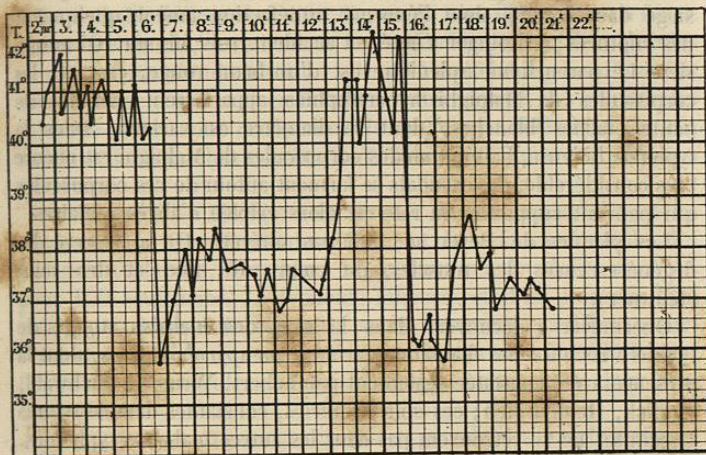


FIG. 7.

jours (de 2 à 5) d'une fièvre vive, une nouvelle transpiration abondante se produit et le lendemain le malade entre en convalescence. Une seconde rechute a lieu dans un petit nombre de cas.

2° *Typhoïde bilieuse*. Le début ressemble à celui de la forme précédente; les malades éprouvent des frissons, des douleurs dans les membres, de la céphalalgie, des vertiges; l'ascension de la température est brusque. A la période d'état, la fièvre est vive et continue, la céphalalgie violente, la face et les yeux sont injectés comme dans le typhus exanthématique. Du côté des voies digestives on observe des vomissements, de la diarrhée, des douleurs épigastriques que la pression exagère, la langue est sèche, fendillée; l'ictère se

développe le plus souvent du quatrième au sixième jour. La rate est fortement tuméfiée. Une faiblesse extrême, avec tendance à l'adynamie et à l'état typhoïde, complète le tableau clinique. La mort peut être la suite d'un collapsus subit et inattendu ou bien l'amélioration se produit rapidement et s'accompagne de sueurs abondantes. A la dernière période, il n'est pas rare d'observer des hémorrhagies soit à la peau, soit à la surface des muqueuses.

En général, dans la typhoïde bilieuse il n'y a pas de rechute.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans le typhus à rechute simple, comme dans la typhoïde bilieuse, la lésion la plus remarquable siège dans la rate, dont l'énorme tuméfaction amène quelquefois des ruptures; Griesinger a noté cet accident trois fois sur 101 autopsies. Le parenchyme splénique est d'un brun rouge, cassant; les corpuscules de Malpighi hypertrophiés apparaissent comme de petites taches blanches, dont le diamètre est variable. Dans la typhoïde bilieuse, l'altération des corpuscules de Malpighi est encore plus considérable, des exsudats se forment autour de ces corpuscules qui peuvent suppurer; la rate est alors criblée d'abcès miliaires.

Les plaques de Peyer ne sont pas altérées. On a observé des dégénérescences des muscles, du cœur, du foie et des reins (Küttner).

Obermeyer a découvert dans le sang des malades atteints de typhus à rechute des filaments spiroïdes ou *spirobactéries*, dont la présence a été constatée également par Lebert, Weigert, Buchwald, Ponfick, Heidenreich; ces spirobactéries, constantes dans le typhus à rechute, ne se retrouvent pas dans les autres maladies typhoïdes. Quelques expériences d'inoculation d'homme à homme avec du sang contenant des spirobactéries tendent à démontrer que la maladie est inoculable.

DIAGNOSTIC. — On peut confondre la fièvre récurrente avec la fièvre initiale de la variole ou avec le typhus; l'absence d'éruptions et la marche caractéristique de la fièvre ne laissent pas longtemps place au doute, on est en outre guidé le plus souvent par l'épidémicité de la maladie.

Dans les cas où la fièvre typhoïde récidive chez des malades à peine entrés en convalescence, on a deux périodes fébriles avec un intervalle apyrétique, et au premier abord le tracé thermométrique présente une certaine analogie avec celui du typhus à rechute; est-il besoin de rappeler que dans la fièvre typhoïde l'ascension et la défervescence se font d'une manière progressive, que la durée

de la maladie est en général beaucoup plus longue que dans la fièvre récurrente, que les taches rosées lenticulaires, les symptômes abdominaux et les altérations des plaques de Peyer font défaut dans cette dernière maladie? La récidive est un accident assez rare de la fièvre typhoïde, tandis que la rechute est la règle dans la fièvre récurrente, comme l'indiquent du reste tous les noms qui ont été donnés à cette affection: *typhus à rechute*, *fièvre récurrente*, *relapsing fever*, etc.; enfin le typhus à rechute n'engendre jamais la fièvre typhoïde, ni réciproquement. Il est donc impossible de confondre ces deux espèces morbides.

La typhoïde bilieuse est d'un diagnostic plus difficile que la fièvre récurrente simple, surtout dans les épidémies où ces deux formes ne règnent pas simultanément; elle a été confondue plus d'une fois avec la fièvre jaune et avec certaines formes graves des rémittentes palustres; nous nous occuperons du diagnostic différentiel de ces maladies dans les chapitres consacrés à la fièvre jaune et aux fièvres palustres.

PRONOSTIC. — La fièvre récurrente simple, malgré la gravité apparente des symptômes du début, est la moins redoutable des maladies typhoïdes, Murchison lui attribue une mortalité de 2 à 4 pour 100 seulement. La typhoïde bilieuse est d'un pronostic bien plus grave; lorsqu'elle règne en même temps que la fièvre récurrente simple, elle augmente notablement la mortalité des épidémies; lorsqu'elle règne seule, elle peut enlever la moitié ou les deux tiers des malades.

PROPHYLAXIE. TRAITEMENT. — Les mesures prophylactiques sont les mêmes que pour le typhus; il faut prévenir la contagion en isolant les malades et éloigner toutes les causes qui favorisent le développement des maladies typhoïdes, telles que: malpropreté, encombrement, etc. Le typhus exanthématique suit souvent de très-près la fièvre récurrente, de sorte qu'une épidémie même très-bénigne de fièvre récurrente doit éveiller vivement l'attention; elle est souvent l'avant-garde d'un ennemi beaucoup plus redoutable.

Il n'est pas possible de prévenir la rechute de la fièvre récurrente, le sulfate de quinine a été employé mainte fois à cet effet sans aucun résultat. La bénignité ordinaire de la fièvre récurrente simple rend inutile une médication active; on se bornera, à moins de complications, à prescrire des mesures hygiéniques analogues à celles qui sont conseillées dans la fièvre typhoïde; il faudra prévenir les malades de la probabilité d'une rechute et veiller à ce qu'ils ne

commettent pas d'imprudences dans la période d'apyrexie. Au début de la typhoïde bilieuse, il est utile d'administrer des purgatifs salins ou de l'huile de ricin; Griesinger, en Égypte, a employé avec succès le sulfate de quinine (0^{gr},75 à 1 gramme en vingt-quatre heures, pendant plusieurs jours au moment où apparaît l'ictère); l'efficacité de cette médication est moins bien établie pour les pays non palustres. S'il y a de la tendance aux hémorrhagies, on prescrira les acides et les astringents : limonade sulfurique, élixir acide de Haller, etc.

JENNER, MURCHISON, GRIESINGER, A. LAVERAN, Op. cit. — KÜTTNER et HERMANN, Relation de l'épidémie de Saint-Petersbourg. (Peterb. med. Zeitschrift, 1865.) — CHARCOT, (Gaz. hebdom., 1865.) — J. ARNOULD. Épidémie de typhus à reclute d'Aïn-el-Bey (Arch. gén. de méd., 1867.) — OBERMEIER. Ueber das wiederkehrende Fieber. (Virchow's Archiv, 1869.) — Du même. Mémoires sur les altérations du sang. (Centralblatt, 1873, p. 145.) — ENGEL. Recherches sur les spirobactéries du typhus récurrent. (Berlin. Klin. Wochenschr. 1873, n° 35.) — WEIGERT. Ibid., 49. — PONFICK. Recherches anatomo-pathol. sur le typhus récurrent. (Arch. f. path. Anat. und Phys., 1876.) — L. HEIDENREICH. De la spirobactérie du typhus à rechute, (Petersb. med. Wochenschr., 1876.) — Expériences du docteur Motchoutkowsky sur l'inoculation des maladies typhoïdes, note communiquée à l'Académie de médecine par Gueneau de Mussy, séance du 23 mars 1877.

FIÈVRE JAUNE.

Synonymie : *Typhus icterodes*. — *Typhus amaril*. — *Vomito negro*.

La fièvre jaune a été rangée tantôt parmi les maladies telluriques, tantôt parmi les maladies typhoïdes; il est certain qu'au point de vue clinique elle se rapproche à la fois de la typhoïde bilieuse et de certaines rémittentes bilieuses d'origine palustre, mais par son étiologie et par sa transmissibilité elle se rattache plutôt aux maladies typhoïdes qu'aux maladies telluriques.

La fièvre jaune est endémique sur le littoral du golfe du Mexique et aux grandes Antilles, ainsi que sur quelques points de la côte occidentale d'Afrique, en Guinée et au Sénégal. Du golfe du Mexique et des Antilles, elle est souvent importée sur d'autres points de l'Amérique et parfois aussi en Europe. Les principales épidémies observées en Europe sont celles de Cadix (1800), de Livourne (1805), de Barcelone et de Marseille (1821), de Gibraltar (épidémie de 1828, étudiée par Louis, Trousseau et Chervin), de Brest (1815 et 1839), de Lisbonne (1857-1858), et de Saint-Nazaire (1861). En Angleterre, la fièvre jaune n'a donné lieu qu'à de petites épidémies très-limitées. Les pays froids sont évidemment très-peu favorables à son

développement; autrefois on lui avait assigné pour limite le 43° degré de latitude nord, elle s'est élevée depuis jusqu'à Québec (46° degré) et en Angleterre par le 51° degré de latitude.

ÉTILOGIE. — Au Mexique, la fièvre jaune règne uniquement sur les côtes et principalement dans les quartiers bas des villes; c'est ce qu'on observe à la Vera-Cruz. Lorsqu'on s'éloigne du littoral pour s'enfoncer dans l'intérieur des terres, la fièvre jaune disparaît; elle est remplacée par les fièvres palustres, puis, à mesure qu'on s'élève sur les hauts plateaux, les fièvres palustres disparaissent à leur tour et à Mexico on ne trouve plus ni la fièvre jaune, ni les fièvres palustres, mais le typhus et la fièvre typhoïde.

A la Vera-Cruz, la fièvre jaune est endémique et de temps en temps elle prend le caractère épidémique; elle sévit principalement sur les étrangers et épargne non-seulement les personnes qui ont acquis l'immunité par une première atteinte, mais aussi celles qui habitent depuis plusieurs années le foyer endémique. Il y a là un fait d'accoutumance analogue à celui qui existe pour la fièvre typhoïde chez les habitants des grandes villes; lorsqu'on quitte la Vera-Cruz pour quelque temps on peut perdre le bénéfice de cette immunité.

Au nombre des causes qui favorisent le développement de la fièvre jaune il faut citer la chaleur et les émanations des égouts qui renferment des matières fécales; ces causes, insuffisantes par elles-mêmes à faire naître la fièvre jaune, agissent surtout en fournissant un milieu favorable au miasme. A la Vera-Cruz, les hôtels mal tenus, les maisons basses, mal ventilées, avoisinant les égouts, sont habituellement ravagés par la fièvre jaune, tandis que certaines maisons bien situées et très-proprement tenues en sont presque toujours indemnes (Fuzier).

En dehors de ses foyers endémiques la fièvre jaune ne se développe jamais qu'à la suite d'importation. Les choses se passent presque toujours de la manière suivante : un navire arrive de la Havane ou d'un autre port infecté, il y a eu quelques malades en mer, mais ils sont morts ou ils ont guéri pendant la traversée; à l'arrivée au port de destination on néglige de prendre des mesures sanitaires, on accorde la *libre pratique*, l'équipage descend à terre, puis au bout de quelques jours on commence le déchargement. C'est alors seulement que la fièvre jaune éclate parmi les débarqueurs, parmi les personnes qui viennent visiter le bâtiment infecté, et enfin sur les équipages des bâtiments qui dans le port sont