

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 déchargeurs, parmi les personnes qui viennent visiter le bâtiment infecté, et enfin sur les équipages des bâtiments qui dans le port sont

sous le vent du premier. Lorsque la température est très-élevée, la fièvre jaune peut se répandre dans toute une ville et y faire de très-grands ravages, comme à Cadix, à Barcelone et à Lisbonne; dans chacune de ces deux dernières épidémies 20 000 personnes périrent. Si les conditions de milieu sont moins favorables ou si des mesures énergiques sont immédiatement prises, la fièvre jaune ne donne lieu, comme à Saint-Nazaire (1861), qu'à un petit nombre de cas.

Chose importante, ce n'est pas l'homme qui joue ici le rôle principal, c'est le navire; ce n'est pas aux passagers ou à l'équipage d'un navire venant d'un port infecté qu'il faut appliquer des mesures quaranténaires, c'est au navire lui-même. On a poussé l'exagération de cette idée, qui est juste et féconde en résultats pratiques, jusqu'à dire que l'homme atteint de fièvre jaune ne pouvait pas transmettre sa maladie et jusqu'à refuser à la fièvre jaune le titre de maladie contagieuse. Quand bien même la transmission d'homme à homme ne serait pas prouvée, il faudrait dire que la fièvre jaune est contagieuse puisqu'elle est importable; mais quelques faits démontrent que la contagion directe est possible. Au Mexique, les médecins et les infirmiers militaires ont payé un très-lourd tribut à la maladie (Fuzier); à Southampton et à Saint-Nazaire, deux médecins qui n'avaient pas pénétré dans les bateaux infectés ont pris la fièvre jaune en soignant des malades qui en étaient atteints.

Les effets provenant d'individus morts de fièvre jaune paraissent pouvoir servir à la transmission (Fuzier).

L'incubation a une durée de trois à six jours.

DESCRIPTION. — La maladie débute brusquement, l'ascension thermique est rapide, en quelques heures la température monte à 40 ou 41 degrés, quelquefois même à 42 degrés; les malades éprouvent un frisson unique, violent ou des frissons répétés; ils accusent une céphalalgie sus-orbitaire très-vive, des douleurs lombaires qui ont fait donner à la maladie la dénomination populaire de *coup de barre*; la face devient vultueuse, rouge acajou, les conjonctives s'injectent, la peau est sèche, brûlante, le pouls et la respiration ont une grande fréquence; la langue est blanche, la bouche amère, la soif vive; des vomissements alimentaires d'abord, puis muqueux et bilieux, se produisent avec une fréquence plus ou moins grande, la constipation est la règle; les urines rares et fortement colorées sont souvent albumineuses dès le deuxième ou le troisième jour; chez quelques malades les articulations sont douloureuses; il y a de l'agitation, de l'anxiété, parfois du délire.

Cette période de réaction ou stade inflammatoire (Dutroulau) dure de deux à trois jours; la température s'abaisse alors et l'ictère apparaît. L'ictère est si constant dans les cas graves, qu'il faudrait hésiter à croire qu'un malade a succombé à la fièvre jaune, dit Dutroulau, si le cadavre ne présentait pas la teinte ictérique.

On observe des éruptions de nature variable: miliaire blanche, exanthème scarlatiniforme, urticaire, roséole, herpès; aucune de ces éruptions n'est constante.

Dans les cas légers la maladie ne dépasse pas le stade inflammatoire, la rémission qui termine ce stade et qui accompagne l'apparition de l'ictère dans la majorité des cas est définitive (Fig. 8); dans les cas moyens et graves, au contraire, la rémission est passagère (Fig. 9), et comme elle est souvent suivie d'accidents mortels, on lui a donné le nom significatif de *mieux de la mort*.

La rémission dure peu dans les cas graves, la température ne tombe même pas toujours jusqu'à la normale (Fig. 10). Si la

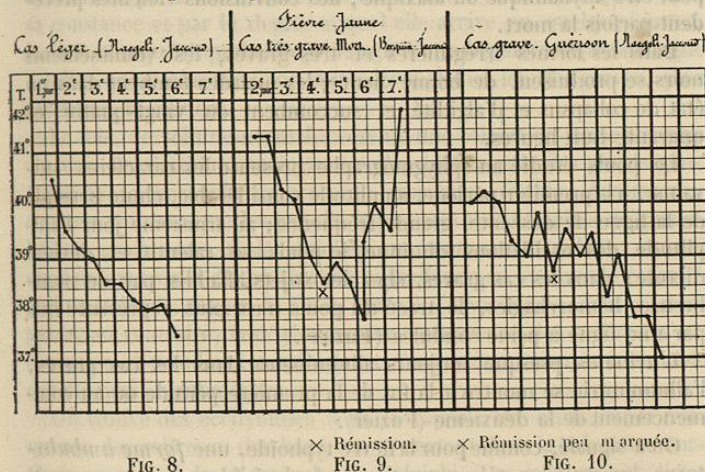


FIG. 8.

FIG. 9.

FIG. 10.

rémission a eu lieu le matin du troisième jour, comme cela arrive le plus souvent, dès le soir du même jour la température remonte; la fièvre persiste pendant la deuxième période, mais elle présente en général une intensité moindre que pendant le stade inflammatoire.

La deuxième période est caractérisée par l'ictère, d'où le nom de *fièvre jaune*, et par les vomissements noirs, d'où le nom de

vomito negro. Ces vomissements, dus à des hémorragies gastriques, sont très-caractéristiques; leur coloration noire tient à ce que le sang est profondément altéré par son mélange au suc gastrique, on dirait de la suie délayée dans de l'eau ou du marc de café. Des hémorragies peuvent se produire à la peau, à la surface des muqueuses utérine et vaginale; les hématuries sont assez rares.

Pendant la seconde période les douleurs et l'anxiété, si marquées dans le stade inflammatoire, disparaissent souvent; les vomissements se font sans douleur, les malades n'ont pas conscience de la gravité de leur état.

La fièvre jaune peut évoluer et aboutir à la mort sans vomissements noirs; dans ces cas la rémission du troisième jour est incomplète, la face reste injectée, il y a de la stupeur, de la somnolence, du subdélire, la langue se sèche, se fendille et se recouvre de fuliginosités ainsi que les dents et les lèvres; c'est la *forme typhoïde* qui peut être adynamique ou ataxique; des convulsions violentes précèdent parfois la mort.

Dans les formes irrégulières et très-graves, les vomissements noirs se produisent de bonne heure, les malades tombent dans un état de collapsus et d'algidité et succombent en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Le pouls étudié au sphygmographe présente les caractères suivants: à la première période, amplitude considérable, chute brusque de la ligne de descente, grande fréquence; au troisième jour l'amplitude des oscillations diminue, le pouls se ralentit et devient dicrote; dans les cas graves, chez les sujets affaiblis par de nombreuses hémorragies, le tracé du pouls n'est plus représenté que par une ligne à peine ondulée (Fuzier).

L'urine est presque toujours albumineuse dans les cas graves, l'albuminurie se montre à la fin de la première période ou au commencement de la deuxième (Fuzier).

On a signalé, comme pour la fièvre typhoïde, une *forme ambulatoire*, les malades n'éprouvent que de la faiblesse et un peu de malaise, ils continuent à vaquer à leurs occupations jusqu'au moment où les accidents éclatent avec une grande violence.

La mort se produit du troisième au septième jour, rarement après le huitième.

La convalescence est longue, les malades sont anémiés et dyspeptiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.—La teinte ictérique est plus marquée

sur le cadavre qu'au moment même de la mort; le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles sont fréquemment le siège d'hémorragies. Le cœur est flasque, ramolli, pâle, il se laisse déchirer facilement (Dutroulau). Le sang contient à peine des traces de fibrine comme dans la variole et la scarlatine hémorragiques; les globules rouges ne présentent pas d'altérations constantes.

Les poumons sont congestionnés et on y trouve quelquefois des noyaux hémorragiques.

Il existe une stomatite superficielle, le pharynx, l'œsophage, l'estomac et l'intestin présentent de la congestion, des ecchymoses et assez souvent des ulcérations. L'examen histologique de la muqueuse stomacale a permis de constater la dégénérescence grasseuse des vaisseaux capillaires et des cellules épithéliales des glandes stomacales (Crevaux).

Les auteurs ont insisté principalement sur l'altération du foie découverte par Louis; cette altération est en effet remarquable par sa constance et par le degré auquel elle arrive en quelques jours, mais il nous paraît probable qu'il s'agit d'une dégénérescence analogue à celles qu'on observe dans toutes les maladies fébriles graves, plus accentuée seulement.

Le foie, de volume normal, présente une coloration jaune chamois ou cuir de Cordoue, analogue à celle du foie gras des phthisiques (Louis); le parenchyme est sec, exsangue, friable. Au microscope on constate que les cellules hépatiques sont remplies de granulations grasseuses, mais qu'elles ne sont pas détruites, ce qui explique pourquoi cette altération si profonde en apparence est compatible avec le retour à l'état normal (Alvarenga); dans l'ictère grave, au contraire, la dégénérescence grasseuse des cellules s'accompagne d'exsudats interstitiels et d'une destruction irrémédiable des éléments anatomiques.

On trouve des ecchymoses sous la capsule des reins, sur la muqueuse des calices et des bassinets et surtout dans la substance corticale au niveau des glomérules de Malpighi. Les cellules épithéliales des tubuli subissent la dégénérescence grasseuse (Crevaux).

La rate est normale, fait important au point de vue du diagnostic différentiel avec les fièvres bilieuses palustres.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Le diagnostic est facilité par l'exacte limitation de la fièvre jaune à certains foyers; en dehors de ces foyers la maladie ne prend jamais naissance spontanément, elle est toujours importée, et comme l'importation ne peut se faire

en Europe que par les navires, c'est toujours dans les ports qu'éclatent les épidémies de fièvre jaune.

Parmi les signes les plus importants, il faut citer : l'ascension brusque de la période initiale, l'injection vive de la face et des conjonctives, les douleurs lombaires, la rémission du troisième jour, l'ictère, les vomissements noirs et les autres hémorrhagies.

On peut confondre la fièvre jaune avec l'ictère grave, la typhoïde bilieuse, la rémittente bilieuse d'origine palustre, enfin avec l'empoisonnement par le phosphore.

L'ictère grave ou hépatite parenchymateuse aiguë est une maladie toujours sporadique, non transmissible et presque toujours mortelle, qui ne saurait être assimilée à la fièvre jaune, comme on a tenté de le faire (Monneret). Ces deux maladies ont une étiologie absolument différente et la symptomatologie elle-même les sépare très-nettement dans la plupart des cas ; l'hépatite parenchymateuse aiguë ne s'accompagne pas d'une fièvre vive à début brusque ; la rachialgie, l'injection de la face, les vomissements noirs font défaut.

La typhoïde bilieuse constitue une espèce morbide bien distincte de la fièvre jaune, elle ne présente pas la rémission du troisième jour et elle se complique rarement d'hématémèses ; la tuméfaction de la rate, si remarquable dans la typhoïde bilieuse, manque dans la fièvre jaune ; dans les cas où la fièvre jaune prend la forme typhoïde, il est cependant difficile d'établir le diagnostic différentiel sur les seuls caractères cliniques ; on s'appuiera alors sur les circonstances étiologiques et en cas d'épidémie on ouvrira les cadavres des premières victimes ; s'il s'agit de la typhoïde bilieuse, on trouvera des lésions caractéristiques de la rate, tandis que si l'on a affaire à la fièvre jaune, la rate sera saine et le foie présentera la dégénérescence décrite plus haut.

Les fièvres bilieuses palustres sont plus faciles encore à différencier de la fièvre jaune que la typhoïde bilieuse : les malades sont d'anciens fébricitants qui ont eu à plusieurs reprises des fièvres d'accès ; la rachialgie, l'injection de la face et des conjonctives font défaut, la maladie n'est pas transmissible, elle est justiciable du sulfate de quinine, enfin il existe une tuméfaction considérable de la rate.

Nous n'insistons pas sur le diagnostic différentiel de la fièvre jaune et de l'empoisonnement aigu par le phosphore. Dans l'empoisonnement par le phosphore il n'y a pas de fièvre ; les circonstances étiologiques et au besoin l'analyse des matières vomies empêcheront du reste toute confusion à cet égard.

La mortalité varie de 14 à 50 pour 100 suivant les épidémies (Dutroulau). Les vomissements noirs et les pétéchiés ont une signification très-défavorable, surtout s'ils se produisent de bonne heure ; les épistaxis, au contraire, s'observent souvent dans des formes qui se terminent rapidement par la guérison ; quand les phénomènes nerveux et l'état typhoïde sont très-marqués, le pronostic est très-grave. L'abondance de l'albuminurie étant presque toujours en raison directe de la gravité de la maladie, l'examen des urines fournit des renseignements très-précieux au point de vue du pronostic (Fuzier).

PROPHYLAXIE. TRAITEMENT. — Lorsqu'on doit se rendre dans un pays où règne la fièvre jaune, il faut choisir pour y arriver une époque où la fièvre n'est pas épidémique, afin d'acquiescer autant que possible l'accoutumance au miasme. Pour prévenir l'importation de la fièvre jaune en Europe, on a adopté des mesures quaranténaires qu'il serait trop long d'énumérer ici ; le but principal à atteindre est de désinfecter les bâtiments qui arrivent des pays infectés et d'opérer leur déchargement de façon à prévenir l'éclosion des épidémies.

La prophylaxie individuelle consiste à éviter les excès, les écarts de régime, l'insolation, les fatigues ; en cas d'épidémie grave on pourra émigrer sur les hauteurs ; à la Guadeloupe, le camp Jacob, qui est situé à 550 mètres d'altitude seulement, a toujours été préservé, bien que la fièvre jaune y ait été importée à plusieurs reprises.

Le sulfate de quinine et les émissions sanguines donnent de mauvais résultats. Les purgatifs répétés constituent la médication la plus efficace ; l'huile de ricin est particulièrement en honneur à la Vera-Cruz, on la mélange au suc de citron. M. le docteur Fuzier préfère à l'huile de ricin l'infusion de casse ou la limonade Rogé au citrate de magnésie. Une eau pure, acidulée, constitue la meilleure boisson et la plus agréable au malade. Les lotions fraîches deux ou trois fois par jour avec de l'eau légèrement vinaigrée sont indiquées lorsque le thermomètre se maintient à 39 et 40 degrés. A la deuxième période on prescrira : la glace, les boissons effervescentes, la limonade sulfurique, les acides contre les vomissements et les hémorrhagies gastriques ; le vin, le quinquina, les révulsifs contre l'adynamie, etc.

MÉLIER. Relation de la fièvre jaune survenue à Saint-Nazaire en 1861. Paris, 1863. — DUTROULAU. Traité des maladies des Européens dans les pays chauds, 2^e édition. Paris, 1866. — GRIESINGER, A. LAVERAN. Op. cit. — A. PROUST. Essai sur l'hygiène internationale. Paris, 1873. — BÉRENGER-FÉRAUD. De la fièvre jaune au Sénégal.

Paris, 1874. — FAGET. Monographie sur le type et la spécificité de la fièvre jaune. Paris, 1875. — JACCOUD. Traité de pathologie interne, 5^e édition. Paris, 1877. — FUZIER. Résumé d'études sur la fièvre jaune. Paris, 1877. — CREVAUX. Notes sur l'histoire pathologique de la fièvre jaune. (Archives de méd. navale, 1877.)

PESTE A BUBONS.

Les anciens appelaient *pestes* toutes les maladies épidémiques graves. Lorsqu'on étudie les maladies pestilentielles antérieures au VI^e siècle de notre ère, on se convainc facilement qu'elles ne doivent pas être confondues avec des manifestations de la vraie peste, de la peste à bubons. Les principales de ces épidémies, celles d'Athènes ou de Thucydide, de Galien ou des Antonins et de Saint-Cyprien, semblent devoir être rapportées à une maladie aujourd'hui éteinte : la *peste antique*.

C'est au VI^e siècle que la peste à bubons se répandit pour la première fois sur l'Europe (peste de Justinien, 531-680); mais il paraît démontré qu'elle existait déjà depuis longtemps à l'état endémique en Égypte; elle fut importée d'Égypte à Constantinople. Du VII^e au XV^e siècle les épidémies de peste se succèdent presque sans interruption; la principale de ces grandes manifestations est la *peste noire* (1348) qui fit, dit-on, vingt-cinq millions de victimes en Europe et autant en Asie. A partir du XVI^e siècle, la peste commence à décroître; les dates des dernières épidémies sont pour l'Europe : Londres, 1688; — peste de Provence ou de Marseille, 1720; — de Moscou, 1770; — de Grèce, 1827; — de Constantinople, 1841. Depuis 1844 la peste avait disparu complètement, même de l'Égypte, son antique foyer, et l'on pouvait espérer qu'elle allait prendre rang parmi les maladies éteintes à côté de la peste antique, lorsque plusieurs épidémies de peste furent signalées à Béhazî dans la régence de Tripoli (épidémies de 1858 et de 1874), en Mésopotamie (épidémies de 1867 et de 1874), enfin dans le Kurdistan persan (1871).

ÉTILOGIE. — Comme pour l'étiologie du typhus et de la fièvre typhoïde, deux opinions sont en présence, les uns admettant que la peste est toujours engendrée par la peste, d'autres soutenant qu'elle peut se développer spontanément dans des circonstances de milieu favorables. La peste est certainement contagieuse, quelques expériences faites en Égypte tendent même à démontrer qu'elle est inoculable, les grandes épidémies de peste qui ont ravagé tant de fois l'Europe se sont développées à la suite d'importations; il faut

donc faire une grande part à la contagion, mais d'un autre côté comment expliquer les épidémies de Béhazî, de Mésopotamie, du Kurdistan persan autrement que par un développement spontané? Au moment où ces épidémies ont éclaté, la peste à bubons avait disparu complètement même en Égypte. Ces manifestations nouvelles de la peste à bubons se sont produites dans des circonstances analogues, au milieu de populations misérables, ignorantes et malpropres; pourquoi ces causes, qui favorisent en Irlande et en Silésie l'apparition du typhus, donnent-elles naissance en Égypte, en Mésopotamie et en Afrique, à la peste? Pourquoi le choléra dans l'Inde et la fièvre jaune sur les bords du golfe du Mexique? Ce sont là des questions insolubles pour le moment et qui se rattachent à la nature encore discutable des miasmes spéciaux qui produisent ces maladies.

Une première atteinte de peste donne une immunité presque complète.

DESCRIPTION. — L'incubation ne dépasse jamais huit jours; c'est là un fait important au point de vue des mesures quaranténaires applicables à la peste.

Le début est brusque; les malades éprouvent une céphalalgie très-vive accompagnée d'une faiblesse extrême; ce stade de dépression est très-caractéristique de la peste, on ne le retrouve au même degré dans aucune autre maladie; la face est pâle, la parole tremblante, le malade chancelle en marchant, l'intelligence est obscurcie, on a comparé cet état à celui qui est la conséquence d'une ivresse profonde. Bientôt surviennent des frissons accompagnés d'une sensation très-pénible de chaleur intérieure, la peau est brûlante, le pouls petit, fréquent, irrégulier; la face et les conjonctives s'injectent, les malades sont agités, ils sont pris de délire, de stupeur, ou bien ils tombent dans un état typhoïde adynamique. Dans cette première période les vomissements sont assez fréquents.

Du deuxième au quatrième jour on voit apparaître la tuméfaction des glandes lymphatiques superficielles qui caractérise la peste à *bubons* comme l'altération des plaques de Peyer caractérise la *dothièmentérie*. Le plus souvent il nese développe qu'un seul bubon dans l'aîne, dans l'aisselle, au cou, ou bien à l'angle de la mâchoire; les tumeurs produites par la tuméfaction des ganglions lymphatiques sont plus ou moins volumineuses, douloureuses à la pression.

Les charbons sont plus rares que les bubons; il s'agit tantôt de véritables anthrax, tantôt de gangrènes venant compliquer des

furoncles ou des érysipèles. Les charbons peuvent se développer sur tous les points du corps, mais on les observe de préférence aux jambes, au cou et au dos.

Dans les cas favorables, l'apparition des bubons et des charbons coïncide avec une amélioration de l'état général; la défervescence s'accompagne ordinairement de sueurs abondantes. La convalescence s'établit du sixième au huitième jour de la maladie. La peste, qui est la plus redoutable des maladies typhoïdes, est celle dont la durée est la plus courte.

Les bubons se terminent par résolution, plus rarement par suppuration; quant aux anthrax, les parties gangrénées s'éliminent et laissent des cicatrices indélébiles.

A côté de la forme régulière nous avons à signaler, comme toujours, des formes légères et des formes très-graves; parmi ces dernières, les plus redoutables sont la *forme sidérante*, qui peut tuer en quelques heures, et la *forme hémorrhagique* qui s'accompagne d'hémorrhagies abondantes: épistaxis, hémoptysies, pétéchiés; cette variété a joué un grand rôle dans certaines épidémies, en particulier dans celle de 1348, dite, peut-être à cause de cela, *peste noire*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La tuméfaction des ganglions lymphatiques et de la rate est la seule lésion constante. On trouve à la surface des viscères de petites ecchymoses. Le tissu du cœur est souvent pâle et mou. Les plaques de Peyer ne sont pas malades.

DIAGNOSTIC. — La peste est caractérisée surtout par la période initiale de dépression, par l'existence des bubons ou des anthrax et par l'évolution rapide de la fièvre. Le diagnostic différentiel avec les autres maladies typhoïdes ne présente pas de sérieuses difficultés.

Le pronostic varie beaucoup suivant les épidémies; en général, pour une même épidémie, les cas sont beaucoup plus graves au début qu'à la fin. La mortalité est rarement inférieure à 60 pour 100.

PROPHYLAXIE. TRAITEMENT. — La prophylaxie doit avoir pour but: 1° d'empêcher le développement spontané de la maladie par les mesures d'hygiène générale déjà conseillées à propos de la fièvre typhoïde et du typhus; 2° lorsque la peste a éclaté quelque part, de s'opposer à son importation dans les pays voisins. Des médecins sanitaires sont chargés de prévenir les gouvernements européens de l'apparition des épidémies de peste en Orient. Lorsqu'une épidémie est signalée, on met en *quarantaine* les provenances du pays atteint; il est inutile d'imposer une longue quarantaine comme on le faisait autrefois, la transmission s'opère par les malades et l'incubation est de

huit jours au plus; si donc il n'y a pas de malades à bord d'un navire provenant d'un endroit infecté, une quarantaine de dix jours suffira en y comprenant le temps de la traversée.

Le traitement ne peut être que symptomatique.

GRIESINGER, A. LAVERAN, A. PROUST. Op. cit. — THOLOZAN. Des foyers d'origine de la peste de 1858 à 1874. (Comptes rendus de l'Acad. des sciences, t. LXXIX, p. 1351); — Du même, Histoire de la peste bubonique en Mésopotamie. Paris, 1874. — FAUVEL. Rapp. sur la peste qui a régné à Binghazi (Comité cons. d'hyg. t. IV, 1857). — PROUST. Des foyers récents de peste en Orient. (Annales d'hyg. publique et de méd. légale, 1877.)

MALADIES TELLURIQUES.

Les miasmes typhoïdes ont toujours une origine *humaine*, lors même qu'ils se développent de toutes pièces, ainsi que la chose semble possible au moins pour la fièvre typhoïde et le typhus exanthématique, c'est par suite d'un ensemble de circonstances anti-hygiéniques dans lesquelles l'homme joue encore le principal rôle; les miasmes telluriques, au contraire, prennent naissance en dehors de l'homme et ils se reproduisent souvent avec beaucoup plus de vigueur dans les lieux inhabités que dans les quartiers les plus encombrés et les plus malpropres des villes, c'est en particulier ce qu'on observe pour les fièvres palustres.

Tandis que les maladies typhoïdes sont contagieuses, importables d'un endroit à un autre, qu'elles ne récidivent presque jamais sur le même sujet, les maladies telluriques ne confèrent aucune immunité et se propagent le plus souvent en dehors des conditions de la contagion, il n'y a d'exception à cet égard que pour le choléra.

Les maladies telluriques ne présentent pas de symptômes cliniques communs, analogues à l'état typhoïde dans le groupe précédent ou aux éruptions du groupe des miasmatiques éruptives.

Les *fièvres palustres* constituent le groupe le plus important des maladies telluriques; après avoir fait l'histoire de ces fièvres, nous nous occuperons successivement de la *suette*, du *choléra* et de la *grippe*.

FIÈVRES PALUSTRES.

Synonymie *Fièvres maremmatiques*. — *Fièvres intermittentes*. — *Fièvres d'accès*. — *Malaria*. — *Infection palustre*. — *Impaludisme*. — *Fièvres telluriques*. — *Fièvres à quinquina*.

Les premiers nosologistes, qui observaient dans nos régions tem-