

*pleuro-typhus*; *appendicite typhoïde* (douleur appendiculaire; température capricieuse ou tombant rapidement); *otite interne* (examen local); *néphrite infectieuse* (courbe thermique, pas de taches rosées), à ne pas confondre avec la *forme rénale de la fièvre typhoïde*. L'*ictère grave à forme typhoïde* ne doit pas non plus en imposer pour une *fièvre typhoïde avec accidents hépatiques*.

Le *diagnostic des complications* implique l'examen complet et méthodique du malade aux divers stades du mal qui, seul, permet de dépister celles dont les signes extérieurs sont insignifiants.

Les *méthodes bactériologiques*: culture des selles (difficile et incertaine); recherche du bacille d'Eberth, dans le sang (prélevé soit au niveau des taches rosées, soit dans la rate) peuvent rendre des services dans les cas douteux. Le *séro-diagnostic de Widal* est d'une application bien plus aisée et plus sûre (voy. *Examen du sang*), car il donne des résultats positifs à partir du 7<sup>e</sup> ou 8<sup>e</sup> jour de la maladie, quelquefois plus tôt (4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> jour) ou plus tard. L'agglutination apparaît pendant l'infection et diminue en cours de convalescence. Selon Widal, l'agglutination est un signe certain de fièvre typhoïde, quand le sujet en expérience n'a jamais présenté cette infection.

#### XI. — TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

*Signes étiologiques*. — Le typhus, maladie cyclique avec état typhoïde grave et exanthème spécial, est endémique en divers points de l'Europe: Irlande, rives du Danube, Pologne, provinces Baltiques, etc. Il frappe plutôt les adultes, est favorisé par la misère, la malpropreté, l'encombrement (prisons, armées en campagne), mais, déterminé seulement par la *contagion directe* (très active) dont les véhicules sont sans doute les produits épidermiques.

Des symptômes, les uns sont propres au typhus, d'autres communs à la plupart des états infectieux; d'autres enfin ressortissent à des infections secondaires.

*Symptômes propres*. — *Exanthème*. — Presque constant, il est tantôt marqué et durable, tantôt fugace. L'éruption paraît du 4<sup>e</sup> au 6<sup>e</sup> jour; d'abord sur le devant des aisselles ou sur les flancs, parfois sur le dos des mains; puis, sur la poitrine, le dos, les épaules, les bras, les membres inférieurs. La *face* et le *cou* sont *toujours respectés*. L'exanthème consiste en taches irrégulières, isolées ou groupées, pouvant simuler la rougeole. D'abord rose pâle, très peu élevées, effaçables par pression, ces macules, devenues plus sombres et plus saillantes le 2<sup>e</sup> jour, ne disparaissent plus qu'en partie sous le doigt, pour reprendre, du 8<sup>e</sup> au 10<sup>e</sup> jour, le caractère pétéchiol, d'abord à leur centre, puis sur toute leur étendue. Souvent, beaucoup gardent le premier aspect; ailleurs, toutes sont d'emblée pétéchiolales. L'éruption est d'autant plus confluyente et rapidement purpurique que le cas est plus grave. Elle reste limitée, discrète et érythémateuse, dans les cas

bénins. Les éléments typiques se rencontrent toujours sur le dos. La *desquamation est furfuracée*. Les *sudamina* ne sont pas rares.

*Fièvre*. — Élevée d'emblée à 40°, la fièvre oscille autour de ce chiffre, avec de légères rémissions matutinales, jusqu'au 10<sup>e</sup>, 11<sup>e</sup> ou 12<sup>e</sup> jour. L'état général peut alors s'amender brusquement, tandis que la fièvre tombe, vite mais progressivement. Les cas mortels se terminent généralement par une ascension thermique extrême (jusqu'à 42°).

*Troubles digestifs*. — La *constipation* est presque constante, opiniâtre dès le début; la diarrhée est rare, tardive ou critique. En son absence, on ne constate ni météorisme, ni gargouillements.

*État général*. — La stupeur domine; la *face* est congestionnée, d'un *rouge sombre*, les conjonctives sont injectées; la bouche est entr'ouverte, les *lèvres* sont sèches, les *dents* fuligineuses; la *langue* est saburrale, puis sèche et rôtie. Dès les premiers jours, la peau et l'haleine des malades exhalent une odeur putride spéciale (*odeur typhique*), plus forte dans les cas graves. D'emblée, la *céphalalgie*, frontale ou temporale, est très vive; elle ne cède que vers le 8<sup>e</sup> jour pour faire place au *délire*. Le *vertige* est aussi précoce. On note souvent de la *rachialgie* et des douleurs dans les membres. Même dans les cas légers, l'*insomnie* est rebelle.

*Délire, état mental*. — Le *délire* est la règle; son intensité se mesure à la gravité des cas. Dès le début, la conscience est vague; le délire éclate vers le 8<sup>e</sup> jour, ou, bien plus tôt; d'abord seulement nocturne, puis également diurne, mais toujours plus fort la nuit. Il dure autant que la maladie. Il s'agit soit d'un *délire tranquille*, avec marmottement continu, divagation (*typhomanie*) et demi-conscience; soit, d'une *agitation anxieuse* continue qui, à tout moment, fait lever le malade (*delirium tremens*), soit enfin d'une telle *agitation*, que le malade, sans cesse dressé sur son lit, cherche à fuir ou à se tuer (suicide fréquent). La typhomanie est toutefois bien plus commune que le délire d'action. Le délire roule souvent sur des rêves étranges.

La *prostration* est profonde; dès les premiers jours, le malade, terrassé, est forcé de s'aliter. Les trémulations linguales, les soubresauts des tendons, les secousses de la face, la carphologie complètent l'*état ataxo-dynamique*. Les troubles vésico-rectaux (incontinence ou rétention) sont habituels dans les cas graves. On observe de plus: une *hyperesthésie généralisée très vive*, rendant tout attouchement et même le poids des draps, très pénibles; une *surdité* souvent absolue (1 fois sur 2) survenant vers le 5<sup>e</sup> jour et ne se dissipant qu'à la convalescence.

*Symptômes infectieux communs*. — *Cœur*. — Une *myocardite*, très comparable à celle de la fièvre typhoïde, complique tous les cas graves; elle se traduit par ses signes classiques et entraîne souvent le *collapsus* mortel.

*Poumons*. — Les cas graves comportent une respiration suspicieuse, irrégulière ou saccadée. On constate constamment des signes de *bronchite* et de *congestion pulmonaire*.

*Reins*. — L'*albuminurie* sinon constante, est fréquente; grave et durable, si elle est tardive (7<sup>e</sup> jour).

**Rate.** — La *tuméfaction splénique*, avec sensibilité au palper, manque rarement à partir du 5<sup>e</sup> jour. L'*hypertrophie du foie* est plus rare.

**Axe nerveux.** — Au typhus peuvent succéder des *paralysies*, généralement passagères : paralysie des quatre membres, aphasie, hémiplégie, monoplégie.

**Infections secondaires.** — Nombreuses, la plupart surviennent pendant la convalescence, entraînant souvent la mort. La *broncho-pneumonie* (rare) aboutit souvent à la suppuration ou à la gangrène. L'*œdème de la glotte* est fréquent, provoqué soit par des ulcérations laryngées, soit par un érysipèle (face, cou ou pharynx), soit par une parotidite ou un abcès rétro-pharyngien. L'érysipèle germe en effet facilement sur les typhiques. La *pyohémie*, la *méningite purulente* sont rares, mais toujours mortelles. Les *adénites* (surtout sous-maxillaire), la *parotidite* (tardive et grave), les *phlegmons* sont des complications communes. La *phlegmatia alba dolens* l'est moins ; de même, l'*artérite aiguë*, suivie de thrombose et de gangrène des orteils ou du pied. Les *escarres* (sacrum, trochanter, coude) sont fréquentes dans les formes sévères. La *gangrène vulvaire* n'est pas exceptionnelle.

**Menstruation et grossesse.** — L'apparition du typhus hâte celle des règles. Le typhus ne provoque pas fatalement l'avortement ; et, l'accouchement prématuré, s'il survient, n'entraîne pas constamment la mort de la mère ou de l'enfant.

**Marche.** — **Durée.** — Thoinot distingue quatre périodes : 1<sup>o</sup> *phase initiale*, jusqu'à l'éruption ; 2<sup>o</sup> *phase d'état* ; 3<sup>o</sup> *phase de terminaison* (crise favorable ou mort) ; 4<sup>o</sup> *convalescence*.

**Phase initiale.** — Le début brusque par le mal de tête, la courbature et la rachialgie, contraste avec le début lent de la fièvre typhoïde.

**Phase d'état.** — Avec l'éruption se constitue l'état typhoïde décrit plus haut.

**Terminaison.** — Quand survient la mort, consécutive à une brusque ascension thermique, elle reconnaît pour cause : soit le *coma* hyperthermique, soit l'*asphyxie* par complication pulmonaire, soit le *collapsus* dû à la myocardite. Dans les cas favorables, la guérison succède à des *phénomènes critiques* tels que diarrhée ou polyurie ; brusquement renaissent le bien-être, l'appétit, le sommeil ; l'apyrexie ne s'établit que graduellement.

**Convalescence.** — C'est la période des *infections secondaires* ; quoique elle soit rapide, le retour à l'état normal demande 5 à 4 semaines.

**Durée.** — Le typhus dure 15 à 14 jours en tout ; rarement plus de 20 ; 4 à 6 jours pour la période pré-éruptive, 7 à 10 jours pour la phase d'état. La crise se déclare du 13<sup>e</sup> au 17<sup>e</sup> jour ; la mort survient environ vers le 14<sup>e</sup> jour.

**Rechutes.** — Les rechutes sont exceptionnelles (1 cas sur 150).

**Formes cliniques.** — On a distingué des formes : *inflammatoire*, *ataxique*, *ataxo-dynamique* (forme banale), *sidérante* (mortelle en quelques jours ou heures), *bénigne* (comparable à une fébricule quelconque). La *typhisation atténuée* (Jacquot) frappe les sujets qui approchent les typhiques

et consiste en : malaise, fièvre légère, lassitude, inappétence, diarrhée, mal de tête, insomnie et obnubilation intellectuelle. Il existe enfin un *typhus hémorragique* très grave (rare), avec éruption d'emblée pétéchiale et hémorragies par diverses voies.

**Diagnostic.** — Facile, en temps d'épidémie, il est presque impossible sur les cas sporadiques.

Le typhus passe surtout pour une *rougeole anormale* ou pour une *fièvre typhoïde*. L'éruption seule rapproche la rougeole du typhus. La fièvre continue, l'état typhoïde sont communs à la fièvre typhoïde et au typhus ; mais le début brusque, la marche rapide, la terminaison critique, la constipation, sans météorisme ni gargouillement, l'éruption n'appartiennent qu'au typhus. La fièvre typhoïde est surtout propagée par l'eau, le typhus, par contagion directe. Les deux maladies furent, du reste, longtemps confondues.

La confusion avec le *typhus récurrent* est possible dans les régions où il règne (Pologne, Russie, Allemagne du Nord, Grande-Bretagne, et surtout Irlande) ; affection épidémique et contagieuse, favorisée par la disette et la famine, celui-ci débute brusquement par des frissons et de la fièvre ; le pouls est rapide et bondissant, l'épigastre sensible, les vomissements et l'ictère sont fréquents, mais la langue reste humide ; le foie et la rate sont tuméfiés, la peau est chaude et sèche, les urines sont foncées ; on retrouve la rachialgie, la courbature, l'agitation, l'insomnie, parfois le délire actif, mais il n'y a pas d'éruption, et une rémission brusque et complète avec sueurs profuses se déclare du 5<sup>e</sup> au 7<sup>e</sup> jour, permettant au malade de reprendre ses occupations. Cette rémission est suivie, vers le 14<sup>e</sup> jour, d'une rechute qui dure 2 à 5 jours ; deux à trois rechutes sont possibles. La mort (par syncope ou coma), est exceptionnelle. Le *spirochæte d'Obermaier* est décelable dans le sang pendant l'accès.

## XII. — TYPHUS RÉCURRENT

**Signes étiologiques.** — Contagieuse, épidémique et inoculable (par transfusion), cette affection est provoquée par la présence, dans le sang, d'un parasite spécial, le *spirochæte d'Obermaier*, long filament spiroïde (12 à 40  $\mu$ ), très mobile, visible, entre les accès, dans la rate, englobé par des phagocytes, et, pendant l'accès, dans le sang périphérique, obtenu par piqûre de la pulpe digitale (voy. *Examen du sang*). Favorisée dans sa propagation par l'encombrement et la malpropreté, les punaises et les puces, la maladie offre de nombreux foyers d'endémie en divers pays : Irlande, Russie, Pologne, Écosse, Amérique, Égypte, Indes, etc.

**Signes cliniques.** — Le début éclate brusquement, en pleine santé, par de violents frissons, de la courbature, de vives douleurs dans la tête, le tronc, les membres, des nausées et des vomissements. La peau est chaude et sèche, mais la langue reste humide ; le pouls bat 100 à 120 ; il n'y a ni diarrhée ni constipation. La rate est grosse et sensible ; le foie peut être également tuméfié.

La congestion des bases pulmonaires est habituelle. Assez souvent paraît un *ictère* avec vomissements bilieux ou noirâtres, sans décoloration des fèces. La *courbe thermique*, surtout, est caractéristique. La *température* atteint 40°, 41°, 42° dès le premier jour, s'y maintient 5 à 7 jours, puis redescend en quelques heures à la normale, tandis que surviennent des sueurs profuses. Après 6 à 7 jours de guérison apparente, une nouvelle ascension thermique se produit, pareille à la première, escortée des mêmes symptômes, mais pour 3 à 5 jours seulement. Dans les cas légers, la défervescence est alors définitive; dans d'autres, assez communs, se déclare une seconde rechute; il est plus rare d'en observer quatre ou cinq. En général, ces accès respectent l'intelligence; pourtant il peut arriver que le délire se montre le 5<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> jour. Les urines, de volume normal, riches en urée, renferment parfois des hématies et quelques spirochètes. La *polyurie critique* est habituelle.

Quoique généralement curable, le typhus récurrent peut aboutir à la mort, due, le plus souvent, à une *complication*: rupture ou abcès de la rate, péritonite suppurée, myocardite ou pneumonie. Il comporte, en certains cas, de l'*œthyma*, des *abcès* sous-cutanés, des *escarres*, des *parotidites*, ou bien des *hémorragies graves*: épistaxis, enterrorragies; métrorragies, aboutissant souvent, en cas de grossesse, à l'*avortement*, d'habitude mortel pour la mère et pour l'enfant. Des *lésions oculaires* passagères: amaurose, rétinite sont également possibles.

**Formes.** — Outre la forme ordinaire, on distingue une *forme syncopale*, caractérisée par la prédominance de l'asthénie myocardique et une *forme bilieuse typhoïde*, remarquable: par des alternatives de prostration profonde et d'excitation cérébrale; par l'état typhoïde, avec langue sèche et lèvres fuligineuses, ictère et hémorragies viscérales; par la fréquence de la pneumonie et sa terminaison presque toujours mortelle.

**Diagnostic.** — La présence dans le sang, pendant les accès, du *spirochète d'Obermaier*, visible, même à un grossissement moyen, permet d'affirmer le diagnostic. En l'absence de ce signe, on peut croire, au début: à un embarras gastrique, à la grippe, à la fièvre intermittente. La forme bilieuse typhoïde est surtout confondue avec la bilieuse palustre; les commémoratifs, la courbe thermique aideront à éviter cette erreur.

### XIII. — PALUDISME

**Signes étiologiques.** — La chaleur, son action sur un sol humide et inculte favorisent spécialement l'éclosion du *paludisme* (ou *malaria*), qui règne dans les régions marécageuses, sur les côtes basses, les deltas des grands fleuves (marais mixtes), les rives fluviales, subissant des recrudescences lors des grandes pluies de la saison chaude, disparaissant au contraire à partir d'une certaine altitude. Le paludisme offre donc une distribution très complexe. En France, la *Camarque*, la *Corse*, les *Landes*, la *Sologne*, la *Bresse* en sont les foyers principaux. Dans le reste de l'*Europe*,

c'est en Italie (marais Pontins), en Grèce, à l'embouchure du Danube, que sévit surtout la malaria. En *Asie*, les Indes, la Cochinchine, le Tonkin sont les régions les plus dangereuses; en *Afrique*, ce sont l'Égypte, l'Algérie, la côte occidentale, Madagascar, qui sont les plus éprouvés; en *Amérique*, les foyers palustres occupent la Louisiane, la Floride, la Colombie, les Guyanes, le Venezuela, le Brésil; en *Océanie*: Java, Bornéo et Sumatra.

Aucun âge n'est à l'abri de l'infection palustre, transmissible même parfois de la mère au fœtus. La race blanche y est plus sensible que la noire. Les ouvriers qui remuent le sol: terrassiers, jardiniers, cultivateurs, sont plus exposés à ses atteintes, favorisées aussi par l'anémie et les excès. Un premier accès palustre ne confère, pour l'avenir, aucune immunité. La maladie est inoculable par transfusion sanguine de l'homme à l'homme, ce qui a permis de fixer à 6 ou 10 jours la durée de l'incubation. Des périodes latentes prolongées séparent souvent les rechutes, éclatant parfois à l'occasion d'un traumatisme (sur la rate surtout). On trouvera ailleurs (voy. *Examen du sang*) la description de l'*hématozoaire* (de Laveran), parasite du paludisme, et de ses différentes formes: *corps sphérique* ou *amiboïdes*, *corps en croissant*, *corps en rosace*, *flagella* (adhérents ou libres). Le corps sphérique est la forme commune, le corps en croissant est surtout propre au paludisme invétéré. Décelable en tout temps chez certains sujets atteints de cachexie palustre, le parasite n'apparaît habituellement dans le sang qu'un peu avant les accès, ou à leur début. A défaut d'intervention thérapeutique, la destruction des hématozoaires peut être assurée par l'*hyperthermie* ou la *phagocytose*. Les sels de quinine en compromettent rapidement la vitalité; cependant, les corps en croissant résistent davantage à cette action. Il est actuellement prouvé que les *moustiques*, en particulier ceux du genre *Anopheles*, très répandus dans les régions palustres, jouent le premier rôle dans la propagation du paludisme. Ce rôle n'est cependant pas exclusif.

**Examen du sang.** — La recherche de l'hématozoaire dans le sang doit se faire conformément à une certaine *technique*. L'étude la plus instructive est celle du *sang frais* et pur. Avec une *épingle flambée*, on pique le doigt du malade, on recueille, sur une lame bien propre, une goutte de sang que l'on recouvre d'une lamelle, également propre, de façon à obtenir une préparation très mince où les hématies se présentent à plat; puis on examine, avec un grossissement de 500 à 400 d. (oculaire 1, objectif 7 ou 8 de Véric) (Laveran).

C'est sur ce genre de préparation que sont visibles les *mouvements amiboïdes* des corps sphériques et les *mouvements* très vifs des *flagella*, adhérents ou libres.

Les *préparations sèches* s'obtiennent par dessiccation rapide et fixation par la chaleur. La goutte de sang est étalée entre deux lamelles; celles-ci, séparées l'une de l'autre et séchées par agitation à l'air, sont ensuite passées trois fois dans la flamme d'une lampe à alcool, puis soumises à l'action d'un mélange, à parties égales, d'alcool et d'éther. Desséché, le sang peut être soumis aux divers réactifs colorants; on y distingue très bien les hématozoaires, particu-