

1^o *Période de début*, qui va de l'apparition des premiers symptômes à l'éruption. L'*incubation* n'étant marquée par aucun phénomène morbide ne mérite aucune description.

2^o *Période post-éruptive ou d'état*;

3^o La *terminaison du typhus*, crise favorable ou mort.

4^o La *convalescence*.

(1) Le **début** du typhus est généralement brusque, ce qui constitue une différence marquée avec la fièvre typhoïde. Du moment où le malade ressent le mal de tête, les douleurs dans les membres et la rachialgie, la perte d'appétit et de sommeil, il est pris et ne tardera pas à s'aliter.

(2) L'**éruption** marque la transition entre la première et la deuxième période. On peut donc dire qu'à la fin de la première semaine le malade entre dans la seconde période. Cette période est vraiment le stade typhoïde, marqué par tout le cortège symptomatique que nous avons étudié et qu'il est bien inutile d'énumérer à nouveau.

(3) Du 12^e au 14^e jour le typhus se juge, et le malade ou bien entre en *convalescence* par une crise favorable ou *meurt*.

Il meurt avec la température élevée que nous avons indiquée; il meurt dans le coma prolongé, ou dans l'asphyxie d'origine pulmonaire, ou dans l'asystolie d'origine cardiaque. Le collapsus algide, dans certains cas fatals, précède parfois de deux ou trois jours le moment du décès : la température se relève ensuite brusquement annonçant la terminaison mortelle.

Si le malade doit guérir, il se produit une *crise* favorable des plus nettes et sur laquelle ont insisté tous les auteurs qui ont écrit sur le typhus.

« Il y a peu de maladies aiguës, dit Murchison, où l'on voit un aussi rapide passage des symptômes les plus défavorables aux symptômes de bon augure. » L'appétit, le sommeil reviennent brusquement, et un mieux-être étonnant se produit en quelques heures. « On a quitté la veille au soir, dit d'une façon très expressive le Dr Stewart, le malade avec les yeux vitreux, les traits hagards, délirant et marmottant à voix basse des mots incohérents; il était dans la stupeur, presque dans le coma; il tremblait, avec des soubresauts de tendon, de la carphologie, des intermittences du pouls : tout semblait indiquer dans ce cortège de symptômes formidables une fin prochaine; et le matin on le trouve l'œil éveillé, l'air intelligent, le pouls lent et ferme, demandant à manger, etc. »

La maladie se juge donc brusquement; elle se juge par une *crise*, qui comporte dans ses manifestations principales le retour du sommeil, quelquefois la diarrhée et une abondante décharge urinaire. Mais il faut insister sur ce point que le thermomètre n'accuse jamais une chute correspondante au bien-être si marqué du malade. Du jour où l'état général s'amende ainsi, la température baisse, mais graduellement.

(4) La *convalescence* est rapide en général. La langue se nettoie bientôt, le sommeil et l'appétit reviennent, mais il faut compter 3 ou 4 semaines avant le retour entier et absolu à l'état normal. La convalescence n'est pas exempte de dangers; elle est la période par excellence des infections secondaires, dont la gravité ressort de la description ci-dessus.

La *durée* totale d'évolution du typhus peut être fixée assez facilement : le typhus régulier est une maladie *presque cyclique*. Les cas de typhus non compliqués durent en moyenne 15 ou 14 jours, rarement ils dépassent 20 jours.

Dans 500 cas non compliqués, dit Murchison, la durée moyenne fut 15,45 jours. Les relevés de Wunderlich concordent avec les recherches de l'auteur anglais. La température, dit Wunderlich, tombe ordinairement du 15^e au 17^e jour, plus rarement du 12^e au 15^e, plus rarement encore à une époque plus précoce.

La durée moyenne de 100 cas terminés par la mort a été, dit Murchison, 14,6 jours.

De ces données on peut conclure ceci : la 1^{re} *période* ou période pré-éruptive dure de 4 à 6 jours; la 2^e *période* ou *période post-éruptive* dure de 7 à 10 jours; la *crise* a lieu du 15^e au 17^e jour; la *mort* vers le 14^e jour.

IV. *Des rechutes du typhus*. — Les vraies rechutes sont rares dans le typhus. « Je n'ai jamais, dit Murchison, vu un cas où, après complète convalescence, le retour de la fièvre ait coïncidé avec un retour d'éruption ou ait eu lieu sans l'existence de quelque complication. »

Stewart et Jenner partagent le même avis. Barallier dit avoir constaté 10 rechutes sur 1502 cas. Nous en avons constaté une indubitable à Tudy avec retour d'éruption.

V. *Formes cliniques du typhus*. — On a décrit pour le typhus comme pour la fièvre typhoïde de nombreuses variétés cliniques. Nous les énumérons seulement pour la plupart, car elles emportent avec elles leur définition même. On a décrit :

le *typhus inflammatoire*;

le *typhus ataxique*;

le *typhus adynamique*;

le *typhus ataxo-adynamique*, forme ordinaire du typhus;

le *typhus sidérant*, qui tue en quelques jours, en quelques heures même (Jacquot);

le *typhus bénin*, qui, n'étant l'éruption, pourrait passer pour une fébricule quelconque.

Nous noterons à titre de phénomène curieux ce qu'on pourrait appeler le *typhus ambulatoire grave*. Maintes fois on a vu, en 1895, des vagabonds promener sur les routes un typhus grave, et ne s'arrêter pour entrer à l'hôpital que quelques heures avant la mort.

Jacquot a décrit chez les gens qui approchent les typhiques ce qu'il appelle « la typhisation à petites doses » caractérisée par : *malaise, fièvre légère, perte d'appétit, diarrhée, fatigue, mal de tête, sommeil mauvais, obnubilation intellectuelle*. Cet état ne préserve pas du typhus vrai.

Il convient enfin de mentionner le *typhus hémorragique*, avec éruption pétéchiale d'emblée, et hémorragies diverses, forme rare et grave.

VI. *Diagnostic*. — Le diagnostic si important du typhus se pose surtout chez nous avec la *rougeole* et la *fièvre typhoïde*.

Le typhus et la rougeole ont l'éruption commune, mais combien différente est la marche des deux éruptions!

Le typhus et la fièvre typhoïde ont de commun la continuité de la fièvre et l'état *typhoïde* ou *typhique*, c'est-à-dire cet état de dépression, de stupeur avec phénomènes nerveux divers qui est au premier rang des symptômes de la période d'état dans l'une et l'autre affection.

Il suffit d'ailleurs de se reporter à notre description, et de lire les descriptions de la fièvre typhoïde d'autre part pour voir que typhus et fièvre typhoïde n'ont qu'un masque extérieur qui leur soit commun : le début brusque, la marche rapide du typhus, sa crise, son tracé thermométrique, son éruption, la constipation qui est de règle absolue jointe à l'absence ordinaire du météorisme et du gargouillement abdominal, tout différencie le typhus de la fièvre typhoïde.

La pratique de la séro-réaction de Widal ne devra dans aucun cas être négligée : elle fournira l'élément d'un diagnostic irréfutable.

La confusion eût-elle été faite pendant la vie, faute d'une observation assez prolongée, l'examen cadavérique lèverait bien facilement les doutes.

Le typhus et la fièvre typhoïde sont deux maladies radicalement différentes, et d'essence absolument distincte. Le parallèle et la séparation de l'une et l'autre entité pathologique sont aussi faciles au point de vue étiologique qu'au point de vue symptomatique et anatomique. Fonction du bacille d'Eberth, la fièvre typhoïde n'a qu'une contagion directe assez limitée : elle relève surtout de l'infection par l'eau. Fonction d'un parasite seulement soupçonné, le typhus exanthématique relève surtout de la contagion directe : la contagion par l'eau nous y semble inconnue.

A une époque où l'observation clinique était la base de toute classification et ne s'aidait que de vagues notions anatomiques, la confusion — qui nous paraît si difficile aujourd'hui — s'est faite dans presque tous les esprits : cette époque est le début du XIX^e siècle qui méconnut les traditions des grands médecins du XVIII^e qui avaient su se garder d'identifier la *fièvre nerveuse lente* (typhoïde) et la *fièvre maligne putride* (typhus). En 1857 encore, l'Académie de médecine, mettant au concours l'identité ou la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde, couronnait le mémoire de G. de Claubry, uniciste à outrance. Mais, les travaux de Perry, de Londres (1856), Gerhardt, de Philadelphie (1857), Lombard, de Genève (1856), Valleix, Rochoux (1849), Barlow (1840), Stewart (1840) établissaient coup sur coup l'autonomie de l'une et l'autre affection. Louis dans son traité classique, Grisolle dans sa Pathologie, adoptaient la doctrine dualiste qu'établissaient définitivement les travaux de Jenner (1849-1851) et des historiens du typhus sévissant accidentellement en France : Forget, Godelier, etc., etc.

La confusion avec la *fièvre récurrente* (*typhus récurrent*, *relapsing fever*) n'est pas possible dans nos pays où cette maladie est inconnue. Il n'en est pas de même là où les deux affections coexistent, et précisément les foyers du typhus exanthématique sont en partie ceux de la fièvre récurrente : Russie, Pologne, Allemagne du Nord, Grande-Bretagne et surtout l'Irlande, son foyer de prédilection.

La fièvre récurrente est une maladie contagieuse, sévissant surtout sous forme épidémique, et de préférence en temps de disette et de famine, d'où son nom anglais « *fièvre de famine* ».

La fièvre récurrente débute brusquement par *fièvre et frissons*; le *pouls* est rapide, plein et bondissant; la *langue* reste humide, rarement elle se sèche; l'*épigastre* est sensible; les *vomissements* et l'*ictère* sont fréquents; le *foie* et la *rate* sont augmentés de volume; il y a de la *constipation*; la *peau* est *chaude* et *sèche*, l'*urine* foncée en couleur. La *rachialgie*, les *douleurs* dans les membres, l'*inquiétude*, l'*agitation*, l'*insomnie* et parfois un *délire* aigu complètent le tableau. Il est à noter qu'il ne se fait pas dans la fièvre récurrente d'*éruption* caractéristique.

Tout à coup, vers le 5^e ou le 7^e jour, tous ces symptômes disparaissent, en

même temps que s'établit une large transpiration. Cette brusque cessation est suivie d'un *intervalle apyrétique* pendant lequel le sujet peut se lever et vaquer à ses affaires. Puis, au 14^e jour environ, *rechute* brusque qui reproduit le tableau de la première atteinte. Cette rechute est courte : tout cesse vers le 5^e jour.

Il y a parfois *deux et trois rechutes*.

La *mortalité* est faible et même exceptionnelle : la mort survient en syncope, ou dans le coma. L'autopsie ne montre aucune lésion spécifique, mais seulement à l'ordinaire une hypertrophie hépatique et splénique (Murchison).

La fièvre récurrente est causée par le spirochète auquel Obermaier, qui le découvrit en 1875, a donné son nom.

On voit combien typhus exanthématique et fièvre récurrente diffèrent l'un de l'autre et par les symptômes et par la nature intime. Un examen du sang au cours de l'accès, en montrant les spirochètes, si nombreux alors, lèverait vite les doutes (1).

Pronostic et mortalité. — Le typhus est d'une façon générale une affection grave.

Le relevé suivant du London Fever Hospital en 25 ans donne les chiffres suivants :

17 582 admissions ;
2 771 décès, soit 15,76 pour 100 ou 1 sur 6,54 malades.

C'est une proportion analogue que nous donnent nos propres relevés.

Il convient de signaler après ce relevé *en bloc* l'influence fâcheuse qu'exercent certaines conditions individuelles.

(a) L'*âge* entre sérieusement en ligne de compte dans le pronostic. Pour 100 malades de 1 à 5 ans, la mortalité a été au London Fever Hospital, de 6,69 pour 100; de 5 à 10 ans elle a été de 5,59 pour 100; entre 10 et 15 ans de 2,28 pour 100, et de 15 à 20 ans de 4,46 pour 100. A toutes ces périodes de la vie, le typhus est donc relativement bénin. Il n'en est pas de même au delà.

		Décès sur 100 malades.	
Au-dessus de 50 ans, le même relevé donne 55,59 pour 100.			
—	40 ans,	—	43,48
—	50 ans,	—	55,87
—	60 ans,	—	67,04

Nos relevés pour le typhus français nous ont donné des résultats concordant avec les chiffres anglais.

A l'Ile-Tudy, en 1891, nous notions :

De 1 à 40 ans.	6,66 décès pour 100 malades.
— 10 à 20 ans.	0 (anomalie remarquable).
— 20 à 50 ans.	55,5 décès pour 100 malades.
Au delà de 50 ans.	71,14

A Paris, en 1895, nous trouvions :

Au-dessous de 21 ans.	55,5 décès pour 100.
De 21 à 50 ans.	22
— 51 à 40 ans.	25
— 41 à 50 ans.	62
— 51 à 60 ans.	75
Au delà de 60 ans.	90

(1) Consulter pour plus de détails sur le spirochète d'Obermaier l'article de M. Gilbert dans ce Traité.

(b) *Sexe.* — Il est certain que les hommes atteints du typhus meurent dans une proportion plus élevée que les femmes.

(c) Ajoutons enfin que l'alcoolisme, la débilité constitutionnelle, naturelle ou accidentelle, sont des causes adjuvantes certaines de gravité.

Tel est le pronostic général. Il faut envisager maintenant le pronostic individuel; il peut se baser sur certains symptômes. La *myocardite*, une *respiration* suspireuse, spasmodique, des *symptômes cérébraux* marqués, un *myosis* porté à un haut degré, une *prostration* forte et précoce, des *tremblements musculaires*, la *carphologie*, des *secousses spasmodiques de la face*, la *paralysie des sphincters*, une grande *tympanite*, une *éruption généralisée* et de *couleur sombre*, constituent des éléments de pronostic défavorable.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique macroscopique du typhus se résume en peu de mots; quant à l'histologie pathologique, les documents sont fort rares.

La *putréfaction* rapide après la mort est à signaler.

Dans le derme on retrouve les points hémorragiques vus sur le vivant. Les *muscles*, et le *muscle cardiaque* en particulier, présentent les lésions de myosite connues depuis Zenker. On rencontre aussi des suffusions ou des foyers hémorragiques dans les droits de l'abdomen.

Il n'y a en règle aucune lésion intestinale, soit du gros, soit du petit intestin. Les plaques de Peyer, les follicules clos isolés, les ganglions mésentériques, sont sains.

La rate est souvent hypertrophiée et diffluente (2/3 des cas, dit Murchison).

Le foie est gros et ramolli dans un grand nombre de cas.

Le péricarde contient en règle une certaine quantité de liquide séreux.

Le larynx présente les lésions — secondaires — décrites plus haut dans quelques cas. Les bronches sont hyperémées, les poumons presque toujours congestionnés surtout aux bases. Il est rare qu'il y ait du liquide dans les plèvres.

La congestion méningée, l'hydropisie sous-arachnoïdienne et ventriculaire, sont de règle.

Les reins sont hyperémés, congestionnés, et présentent parfois à l'œil nu un aspect aussi pathologique que le rein scarlatineux.

Le sang du cœur et des gros vaisseaux est noir et peu coagulé. C'est ce caractère qu'on observait autrefois quand on pratiquait la saignée sur le typhique vivant.

Traitement. — Ce paragraphe comprend le traitement curatif et la prophylaxie.

Du traitement curatif, il n'y a que peu de mots à dire. On se borne simplement à combattre les symptômes. Les grandes lotions faiblement antiseptiques et les bains rendraient certainement de grands services.

La prophylaxie est simple : aération; isolement; désinfection soignée des hardes, objets de literie, de la chambre du malade, etc. C'est en somme la prophylaxie de toute maladie épidémique de contagion analogue : variole, rougeole, scarlatine.

FIÈVRES ÉRUPTIVES

Par LOUIS GUINON

Médecin des hôpitaux de Paris.

GÉNÉRALITÉS

Caractéristique et nature des fièvres éruptives. — Les fièvres éruptives ont comme caractères communs : leur nature infectieuse et spécifique, leur grande contagiosité, l'épidémicité, l'éruption. Cliniquement, elles se manifestent par un énanthème et un exanthème, d'aspect, de siège et d'intensité variables, par des phénomènes généraux et de la fièvre à évolution assez constante; ce sont des maladies cycliques. Ces caractères, il est vrai, ne sont complètement réalisés que dans les formes normales.

Ce groupe comprend la scarlatine, la rougeole, la rubéole, la variole, la varicelle, la vaccine. C'est un groupement, certes, bien artificiel, car il y a nombre de maladies qui par beaucoup de points s'en rapprochent, mais qu'il est de *tradition* de décrire à part : tel le typhus exanthématique; d'autres en diffèrent, soit par le peu d'importance de l'éruption qui n'est qu'un épisode contingent, et leur faible contagiosité (fièvre typhoïde), soit par l'absence complète de pouvoir contagieux, comme beaucoup de dermatoses dont la nature infectieuse, d'ailleurs, est douteuse (dermatite exfoliatrice aiguë, érythème noueux, etc.), ou bien par leur évolution plus irrégulière, comme l'érysipèle. Il est enfin d'autres maladies infectieuses et cycliques, comme les oreillons, la coqueluche, que leur grande contagiosité, leur fréquence dans le jeune âge, rapprochent des fièvres éruptives.

Celles-ci se reproduisent toujours sous la même forme, elles ne se transforment pas l'une dans l'autre, et quand elles se développent parallèlement sur un même sujet, on retrouve toujours dans les symptômes, les éléments de chacune d'elles. Cette spécificité, toutefois, n'empêche pas la maladie de revêtir les aspects les plus variés (variole confluente engendrant une varioloïde et réciproquement; angine simple en apparence, engendrant une scarlatine avec éruption généralisée).

La spécificité des fièvres éruptives est un dogme qui semble intangible à l'immense majorité des médecins de tous les pays. Est-il inattaquable? Il faut croire que non, puisqu'il est très attaqué et dans toutes ses parties. Pour la scarlatine par exemple, voici M. Fiessinger qui soutient que le virus scarlatin peut manifester ses effets par des éruptions variées (papuleuse, bulleuse), M. Berger qui l'identifie avec l'infection streptococcique. Pour la variole, la vaccine, la situation est encore plus trouble, puisque les observateurs de deux pays sont, sur ce point, irréductibles, les uns avec Thiele, Reiter, Voigt, Fischer,