

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'allération 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 moyennée 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 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.

PROGNOSTIC. — 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 hémorragies 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 les 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 l'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. Mém. 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, trad. 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'Acad. de méd. sur l'étiologie du typhus. 1872-1873. — BOTKIN. De la fièvre, 1872. — GILLET. Quelq. consid. sur le typhus de Riantec, th., Paris, 1872. — GUILLEMIN. Les origines et la propagation du typhus (Gaz. hebdom., 1873). — DANGUY DES DÉSERTS. Rel. de l'épid. de typhus pétiérial à l'île Molène (Arch. de méd. nav., 1877). — MASSE. Typhus et fièvre typhoïde. Paris, 1878. — L. COLIN. Traité des maladies épidémiques. Paris, 1879. — LEBERT. Art. Typhus in Ziemssen's Handbuch. — HIRSCH. Handb. der Histor. Geogr. Pathol., 2^e édit., Stuttgart, 1889. — E. RICHARD. Art. Typhus, in Nouv. diction. de méd. et de chir., t. XXXVII.

TYPHUS A RECHUTE

Synonymie : *Relapsing fever, typhus récurrent, fièvre récurrente, typhus 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.

ÉTIOLOGIE. — 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 dominant 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.

Obermeyer a découvert dans le sang des malades atteints de

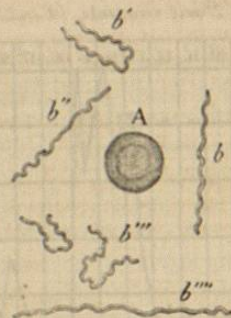


FIG. 8.

Spirillum Obermeieri, d'après Weigert.
A, globule rouge; b, b', b'', b''', b'''', spirilles. (Grossissement, 600 diam.)

typhus à rechute des filaments spiroïdes ou *spirobactéries*, *spirilles* (fig. 8), dont la présence a été constatée également par Lebert, Weigert, Buchwald, Ponfick, Heidenreich. Ces spirobactéries qui sont spéciales au typhus à rechute et dont la présence est constante dans le sang des malades atteints de cette affection, paraissent bien être la cause du typhus à rechute. Les spirobactéries n'existent dans le sang des malades atteints de typhus à rechute qu'au moment des accès, ils disparaissent brusquement à la fin de chaque poussée fébrile.

Carter a réussi à inoculer la fièvre récurrente de l'homme au singe, et il a constaté dans le sang des singes inoculés à l'aide du sang des malades atteints de typhus à rechute la présence de spirobactéries; l'acuité de la fièvre correspondait à l'abondance de ces parasites dans le sang. Les inoculations faites sur des lapins, des chiens et des pigeons ont échoué.

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 dou-

Fièvre récurrente. [Revue Méd.]

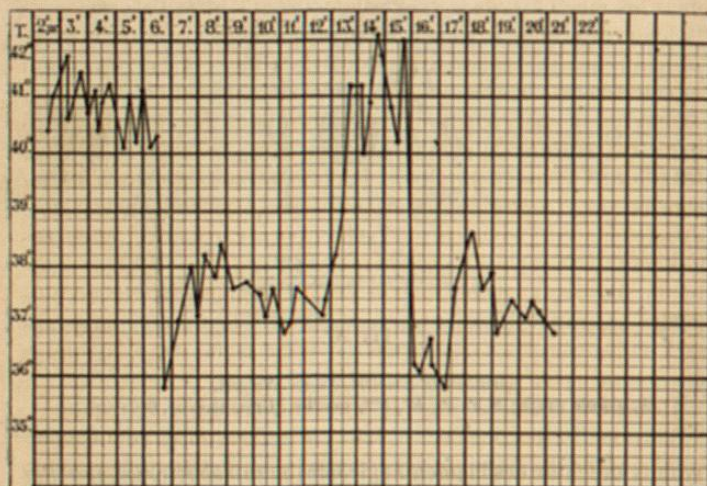


Fig. 9.

leurs 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 abondante 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. 9). Après quelques 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 miliars.

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

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 maintes 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'épid. de Saint-Petersbourg (Petersb. med. Zeitschrift, 1865). — CHARCOT (Gaz. heb., 1865). — J. ARNOULD. Epidémie de typhus à rechute d'Ain-el-Bey (Arch. gén. de méd., 1867). — OBERMEIER. Ueber das wiederkehrende Fieber (Virchow's Archiv, 1869). — Du même. Mém. sur les altér. du sang (Centralblatt, 1873, p. 145). — ENGEL. Recherches sur les spirobactéries du typhus récurrent (Berlin. klin. Wochenschr., 1873, n° 35). — WEIGERT. Ibid., 49. — PONFICK. Rech. anat. pathol. sur le typhus récurrent (Arch. f. path. Anat. und Phys., 1876). — L. HEYDENREICH. De la spirobactérie du typhus à rechute (Petersb. med. Wochenschr., 1876). — Expériences du docteur Motchoutkowsky sur l'inoculation des maladies typhoïdes, note comm. à l'Acad. de méd. par Gueneau de Mussy, séance du 13 mars 1877. — VANDYKE CARTER. Contribution à la pathol. expér. de la fièvre à spirilles (Medico-chirurg. Trans., 1880, p. 79). — HIRSCH. Op. cit. — E. RICHARD. [Art. Typhus, in Nouv. dict. de méd. et de chir., t. XXXVII.

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
L. et T. — Pathol. méd. I. — 6

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.

Dans ces dernières années la fièvre jaune a donné lieu à plusieurs épidémies très meurtrières; en 1878, la maladie a pris une très grande extension aux États-Unis; en 1878 et en 1881, la fièvre jaune a sévi sur notre colonie du Sénégal et a détruit presque complètement la population européenne; en 1878, une petite épidémie de fièvre jaune a été observée à Madrid.

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 la 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 peuvent servir à la transmission de la maladie. L'épidémie observée à Madrid en 1878 est très intéressante à ce point de vue. Cette épi-

démie coïncida avec le retour des soldats licenciés après la pacification de l'île de Cuba; il n'y avait pas de malades au moment de l'arrivée en Espagne et la fièvre jaune ne fut pas observée (contrairement à ce qui arrive d'ordinaire) dans les ports de débarquement; l'épidémie éclata au moment où les soldats licenciés arrivèrent à Madrid avec des effets qui avaient appartenu à des hommes morts de fièvre jaune (A. Guichet).

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

D'après M. le docteur Domingos Freire, le microbe de la fièvre jaune serait un micrococcus qui d'abord très petit (1 à 2 micro-millimètres de diamètre) augmenterait bientôt de volume et pourrait atteindre 7 à 8 micro-millimètres. Lorsqu'ils ont atteint ce volume, les microcoques se rompent et déversent leur contenu, qui est composé de spores mélangées à une substance visqueuse de couleur jaunâtre. M. le docteur Domingos Freire aurait réussi à cultiver ce microbe et les inoculations faites avec le liquide de culture atténué se seraient montrées très efficaces pour prévenir l'invasion de la fièvre jaune. En 1886 le nombre des individus inoculés à Rio a été de près de 6000, aucun d'eux n'a succombé à la fièvre jaune alors que plus de 400 personnes non vaccinées mouraient de fièvre jaune.

M. le docteur Domingos Freire a donné au microbe qu'il croit être le microbe pathogène de la fièvre jaune le nom de *Cryptococcus xanthogenicus*.

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 frissonnements 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'ic-

tère 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

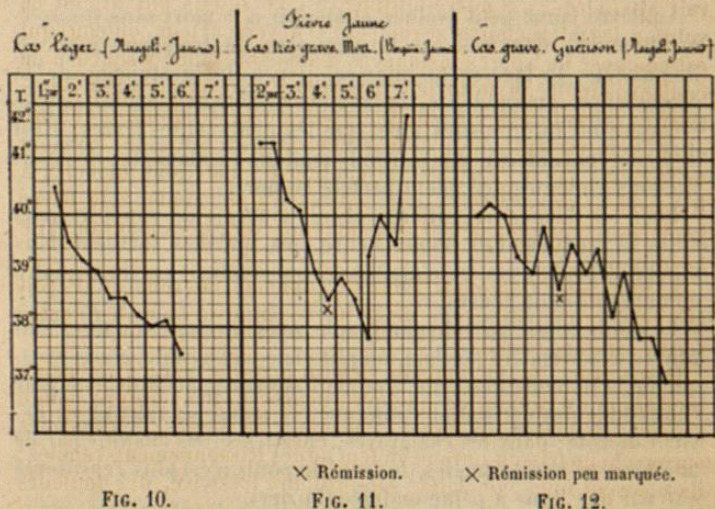


FIG. 10.

FIG. 11.

FIG. 12.

(fig. 10); dans les cas moyens et graves, au contraire, la rémission est passagère (fig. 11), 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. 12). Si la rémission a 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 hémorrhagiques; les globules rouges ne présentent pas d'altérations constantes.

Les poumons sont congestionnés et l'on y trouve quelquefois des noyaux hémorrhagiques.

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 graisseuse 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; il nous paraît probable qu'il s'agit d'une dégénérescence analogue à celles qu'on observe dans toutes les maladies fébriles graves, beaucoup 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 graisseuses, 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 graisseuse 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 graisseuse (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 presque 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 l'arsenic ou 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 ou l'arsenic. Dans ces empoisonnements, 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 pétéchies ont une

signification très défavorable, surtout s'ils se produisent de bonne heure; les épistaxis, au contraire, s'observent souvent dans les 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'éclatement 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.

MELIER. Relation de la fièvre jaune survenue à Saint-Nazaire en 1861. Paris, 1865. — DUTROULAU. Traité des mal. des Européens dans les pays chauds. 2^e édit., 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. Monogr. sur le type et la spécificité de la fièvre jaune. Paris, 1875. — JACCOUD. Traité de pathologie interne. 7^e édit. Paris, 1882. — FUZIER. Résumé d'études sur la fièvre jaune. Paris, 1877. — CREVAUX. Notes sur l'histologie path.

de la fièvre jaune (Arch. de méd. nav., 1877). — PRIMET. Étude sur la tempér. dans la fièvre jaune observ. à la Guyane en 1876-1877, th., Paris, 1879. — A. GUICHET. La fièvre jaune à Madrid en 1878 (Rec. mém. méd. mil., 1879, p. 337). — DUPONT. Hist. méd. des épid. de fièvre jaune pendant le dix-neuvième siècle (Arch. de méd. nav., 1880, p. 241 et 350, avec carte). — CHAILLÉ et STERNBERG. Rapport de la Commission chargée d'étudier la fièvre jaune de la Havane (National Board of Health, nov. 1879). — DOMINGOS FREIRE. Doctrina microbienne de la fièvre jaune, Rio, 1885. — Du même. Le vaccin de la fièvre jaune. Résultats statistiques, Rio, 1886.

PESTE A BUBONS

Les anciens appelaient *pestes* toutes les maladies épidémiques graves. Lorsqu'on étudie les maladies pestilentiennes antérieures au sixième 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 sixième 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 septième au quinzième 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 seizième 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. De 1845 à 1856, la peste paraissait avoir disparu même de l'Égypte, son antique foyer, et l'on pouvait espérer qu'elle allait prendre place parmi les maladies éteintes; mais en 1856, la peste a été signalée de nouveau, et à partir de cette date jusqu'en 1884, les épidémies sont devenues de plus en plus fréquentes.

En 1856 et en 1858, la peste règne à Bagdad; en 1858, elle donne lieu à une petite épidémie dans la régence de Tripoli, à Benghazi. De 1859 à 1861, on observe à Bagdad des cas de peste; il s'agit en général de formes légères, frustes. A partir de 1863, la peste à bubons devient endémique en Mésopotamie, sur les rives de l'Euphrate, et dans le Kurdistan persan; on l'observe tantôt sur un point, tantôt sur l'autre, et elle donne lieu à plu-

sieurs reprises à des épidémies très graves, notamment en 1876, 1877 et 1878.

En 1873-1874, la peste est signalée dans la Cyrénaïque, à Merdje, près de Benghazi. En 1877-1878, des cas légers de peste sont observés à Astrakhan, et en 1879, la peste de Vellianka (province d'Astrakhan) jette l'alarme dans toute l'Europe; il s'agissait, en effet, d'une forme très grave de la peste, de cette forme hémorragique qui a mérité à l'épidémie de 1348 le nom de peste noire; la maladie se limita heureusement à quelques villages.

La peste du gouvernement d'Astrakhan a duré du 17 octobre 1878 au 28 janvier 1879, et a atteint 436 habitants; 61 malades seulement ont guéri. On a pu fixer la date exacte de l'importation, et le nom de l'importateur est connu.

En 1881, la peste a été encore observée sous la forme la plus grave dans l'Irak Arabi, au sud de la Mésopotamie, et dans le Khorassan persan.

En 1884, une nouvelle épidémie de peste a été signalée dans le district de Bedra, à une distance de dix ou quinze heures au sud-est de Bagdad, l'épidémie est restée limitée comme les précédentes.

ÉTIOLOGIE. — 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. Pendant l'épidémie de Vellianka, on a vérifié une fois de plus que la peste était essentiellement contagieuse. Il est impossible de dire si la peste a été importée dans les foyers où elle a pris une extension épidémique dans ces dernières années, et comment s'est faite l'importation; mais l'ignorance presque complète où nous sommes de l'état sanitaire des populations de la Mésopotamie, du Kurdistan et de la Cyrénaïque, ne permet pas plus de nier l'importation que de l'affirmer. Quelques observateurs ont admis sans preuves suffisantes que la peste était endémique dans le sud de la Chine, et que de là elle était importée en Perse et en Mésopotamie. Il est bien probable que pendant plusieurs années (de 1845 à 1856) la peste n'a donné lieu qu'à des manifestations légères qui ont été méconnues; depuis 1856, des circonstances particulières de milieu ont probablement favorisé l'extension de la maladie.

Toutes les épidémies récentes de peste à bubons se sont produites dans des circonstances identiques, parmi des tribus nomades, au milieu de populations misérables, ignorantes et malpropres; ces circonstances de milieu exercent sans contredit une influence prédisposante, mais elles ne suffisent pas à expliquer le développement d'une maladie aussi nettement spécifique que la peste à bubons.

Nous ignorons la nature de l'agent infectieux qui produit la peste, mais on n'a fait encore dans cette voie que très peu de recherches.

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 *dothiéntérie*. Le plus souvent il ne se 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 défer-

vescence 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 gangrenées 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 hémorragique*, qui s'accompagne d'hémorragies abondantes: épistaxis, hémoptysies, pétéchies; cette variété a joué un grand rôle dans certaines épidémies, en particulier dans celle de 1348, dite, sans doute à cause de cela, *peste noire*.

La peste peut se manifester seulement par des tuméfactions généralement indolores des ganglions de l'aîne, de l'aisselle ou du cou; ces adénites, qui s'accompagnent ou non de fièvre, se terminent tantôt par suppuration, tantôt par résolution. En général, à côté de ces formes *frustes*, on observe des cas de peste bien caractérisés, mais il peut arriver aussi que pendant toute une épidémie la peste présente ce caractère de bénignité.

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. Lors-

qu'une épidémie est signalée, on met en *quarantaine* les navires qui viennent 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.

Lorsque la peste éclate dans un pays peu peuplé, sur des tribus nomades ou dans des villages situés en dehors des grandes voies de communication, ainsi que cela s'est produit à plusieurs reprises dans ces dernières années, il y a lieu d'établir des cordons sanitaires autour des localités atteintes et d'empêcher tous les habitants de ces localités de communiquer avec le dehors. Quand l'épidémie est terminée, il faut détruire ou désinfecter avec soin tous les objets qui ont pu être souillés par les pestiférés; les cadavres des pestiférés doivent être détruits soit par le feu, soit par les procédés chimiques.

Les dernières épidémies de peste ont montré une tendance naturelle à se limiter, mais il serait très imprudent d'en conclure qu'une grande épidémie de peste n'est plus à craindre. La peste à bubons est toujours la maladie qui en 1348 terrifiait le monde entier sous le nom de peste noire; ce qui a changé ce sont les conditions hygiéniques des nations européennes, et ces modifications, jointes aux mesures quaranténaires, peuvent nous donner l'espoir d'échapper désormais à de pareils désastres.

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. 4351). — Du même. Histoire de la peste bubonique en Mésopotamie. Paris, 1874. — FAUVEL. Rapp. sur la peste qui a régné à Benghazi (Comité cons. d'hyg., t. IV, 1857). — PROUST. Des foyers récents de la peste en Orient (Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale, 1877). — A. FAUVEL. L'épidémie pestilentielle en Russie (Revue d'hygiène, 1879, p. 89, et Acad. de méd., 25 février 1879). — PETRESCO. Mém. sur l'épid. de peste du gouvernement d'Astrakhan. Bucharest, 1879. — ROCHARD. Rapport sur les rech. à faire pour élucider les points obscurs que présente l'étude de la peste (Acad. de méd., 1880, Bulletin, p. 274, 328, 362). — ZUBER. La peste du gouvernement d'Astrakhan (Rec. des trav. du Comité cons. d'hyg., t. IX, 1880). — THOLOZAN. La peste en Turquie dans les temps modernes, sa prophylaxie déficiente, sa limitation spontanée. Paris, 1880. — BOURRU. Leçons sur la peste (Arch. de méd. nav., 1881). — RADCLIFFE. Rapport sur les récents progrès de la peste du Levant et sur les quarantaines de la mer Rouge. Londres, 1881. — PROUST. Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat., art. *Peste*. — THOLOZAN. Sur deux petites épidémies de peste observées dans le Khorassan (Acad. des sc., 16 janvier 1882). — J. MAHÉ. Mémoire sur les épid. de peste qui ont régné de 1855 à 1885. (Arch. de méd. nav., 1885). — J. MAHÉ. Art. *Peste*, in Diction. encycl. des sc. médic. — THOLOZAN. Acad. des sc., 1887.

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 *suelle*, du *choléra* et de la *grippe*.

PALUDISME

Sous le nom de paludisme nous décrirons les troubles morbides qui s'observent chez les individus qui habitent les localités marécageuses et qui ont été désignés sous les dénominations de : *Fièvres intermittentes, fièvres palustres, fièvres marenmatiques, fièvres telluriques, malaria, infection palustre, intoxication tellurique et fièvres à quinquina*.

Les premiers nosologistes qui observaient dans nos régions tempérées où les fièvres palustres prennent presque toujours le caractère intermittent, ont fait de l'intermittence le symptôme principal des fièvres palustres, en ayant soin d'opposer le type intermittent de ces fièvres au type continu des maladies typhoïdes, de la fièvre typhoïde en particulier, d'où les expressions de *fièvres intermittentes* et de *fièvres continues* qui, pendant longtemps, ont