

plusieurs centaines de décès. D'ailleurs, le foyer mexicain est très ancien. Il est situé surtout dans le nord du Mexique. Ce voisinage avec la frontière des Etats-Unis d'Amérique explique peut-être l'existence du typhus dans les Etats du Sud. L'identité clinique des deux maladies, celle qu'on observe au Mexique (tabardillo) et celle qu'on voit aux Etats-Unis d'Amérique, est une autre preuve de l'origine commune de cette infection. L'endémie du typhus au Mexique est très variable suivant l'année. Des recrudescences s'y observent de temps en temps. Il est probable que ces recrudescences suivent les épisodes de la guerre civile, qui est également endémique dans ce pays. Le plus grand nombre de cas dans ces dernières années a été enregistré en 1922 (733 décès). Depuis cette époque jusqu'en 1925, on a observé une diminution continue et progressive du nombre de décès. Une nouvelle recrudescence a été observée en 1926 (597 décès). Depuis cette époque, la situation reste stationnaire et la moyenne annuelle des décès dépasse 500. Les déclarations ne portant que sur les décès, il est difficile de savoir quel est le nombre de cas, mais par approximation, en connaissant la léthalité habituelle du typhus, on peut penser que le nombre de cas oscille entre 5,000 et 6,000 par an.

Un autre foyer du typhus encore plus important que les deux foyers précédents se trouve en Amérique du Sud, au Chili. On y a observé de véritables épidémies de cette maladie et, pendant certaines années, le taux de morbidité a atteint presque les mêmes proportions qu'en Pologne et en Russie. Ainsi, en 1919, 14,517 cas de typhus ont été enregistrés, avec 2,649 décès. L'année suivante, une détente brusque s'est produite et le nombre de cas est descendu à 7,138, avec 1,644 décès. Pendant les années 1921, 1922, et 1923, la situation est restée stationnaire et la moyenne annuelle de cas enregistrés variait de 3,000 à 4,500. Ce n'est qu'à partir de 1925 qu'une diminution progressive et rapide de la morbidité typhique a commencé à se produire: 86 cas, avec 22 décès seulement, ont été enregistrés en 1927 et aucun cas ne figure dans les statistiques de 1928. Ce foyer semble donc tout au moins momentanément éteint.

Il faut noter également, bien que ce fait soit déjà devenu classique, que le typhus exanthématique est rare et presque inconnu dans la plupart des régions tropicales. C'est une maladie des pays tempérés et froids. Cependant, cette répartition géographique du typhus exanthématique n'est pas absolue et la maladie est assez fréquente dans certains pays tropicaux tels que le Mexique, le Pérou, le Chili et la région des Andes. Le plus grand foyer de typhus exanthématique dans le monde est et a toujours été l'Europe. Même à l'heure actuelle, si nous prenons, par exemple, les chiffres exprimant le nombre de cas en 1928, nous voyons que l'Europe figure dans cette année pour 35,509 cas, tandis que le total pour l'Afrique, pour la même année, n'est que de 2,735 et de 1,964 pour l'Asie.

La Fièvre Typhoïde chez le Noir

En résumé, la fièvre typhoïde n'est pas une maladie très rare chez les noirs, dans leur propre pays.² Au contraire, la dothiéntérie, chez les nègres d'Afrique hors de leur pays d'origine, est de constatation moins fréquente. Transportés dans d'autres colonies ou certaines régions chaudes, telles que le Maroc, le Levant, ils peuvent la contracter, et son existence est dûment signalée: ainsi, dans la statistique médicale de l'année 1925, sur les théâtres d'opérations extérieures, la morbidité des Sénégalais est de 1.73 pour 1,000; leur mortalité est de 1.09, pour 1,000; en 1926: 0.43 et 0.36; en 1927: 1.16 et 0.16; la morbidité des Malgaches étant en moyenne de 1 pour 1,000. La morbidité des Algériens-Tunisiens est de: 0.63, pour 1,000; leur mortalité, 0.26 pour 1,000; et celle des Français, de 6.38 et 1.98. En France, la dothiéntérie chez le noir est d'obser-

¹ Rapp. Epidém. Mens. de la Sect. d'Hyg. 8: 475 (15 déc.) 1929.

² Montel: Marseille-Méd. 66: 714 (5 déc.) 1929.

vation absolument exceptionnelle. Borrel affirme n'avoir jamais rencontré un cas de fièvre typhoïde ou paratyphoïde, en 3 ans, sur les milliers de malades sénégalais passés entre ses mains, pendant la guerre, à Fréjus. Les statistiques médicales militaires ne mentionnent pas un seul cas de fièvre typho-paratyphique sur les contingents indigènes stationnés dans la Métropole. L'auteur publie 11 observations: chez 1 Malgache et 10 Sénégalais. Ce qu'il faut retenir de cette étude, c'est d'abord que la fièvre typhoïde peut être observée en France sur les contingents noirs et que, malgré sa rareté, devant des états fébriles prolongés, il y a lieu quelquefois d'y penser et de diriger le diagnostic dans ce sens. Ensuite, que ces infections évoluent, à peu de chose près, comme chez l'Européen, que les symptômes en sont des plus classiques, les lésions d'ordre non exceptionnel. Elles sont cependant beaucoup plus graves que dans la race blanche et entraînent une mortalité considérable. La vaccination du noir, bien qu'elle ait été inopérante dans ces cas, trouve néanmoins sa justification. Lherminier rapporta que la caractéristique de la fièvre typhoïde chez l'indigène est son évolution tout à fait atypique. Il est très rare d'observer une série de cas évoluant normalement comme ceux de Montel. En ce qui concerne l'association typho-malarienne, Lherminier ne l'admet pas comme entité morbide; il estime que la typhoïde est modifiée par l'existence de la malaria concomitante et vice-versa. Quant à la question des vaccinations inopérantes, ne peut-on pas incriminer une erreur de technique dans l'application du vaccin (défaut d'agitation des ampoules avant usage, en particulier)? Oberlé a observé au Maroc des cas à évolution tout à fait typique chez les noirs; chez l'indigène algérien ou marocain, la typhoïde n'est pas rare. Le noir se défend mal contre l'infection typhoïde; le pronostic de la maladie est chez lui toujours grave. Blanchard insiste également sur la gravité de la typhoïde chez les nègres.

Pathogénie du Paludisme

Le paludisme clinique peut se diviser en: incubation palustre, manifestation palustre primitive, périodes de latence palustre, accès palustre évolutif.³ Il évolue soit vers la guérison, soit vers la cachexie palustre. L'incubation palustre commence avec la piqûre infectante et se termine à la manifestation palustre primitive. Elle est caractérisée par l'absence de gamètes et par une curabilité aisée. Pendant cette période, le paludéen ne constitue pas encore un réservoir de virus pour l'anophèle. La manifestation palustre primitive offre des symptômes extrêmement variables. Revêtant parfois une forme très sévère, elle peut être dans d'autres cas à tel point discrète qu'elle passe complètement inaperçue. Elle détermine l'apparition des gamètes. Il y a lieu de considérer deux phases dans la période de latence palustre; la phase de latence palustre vraie et la phase d'imminence palustre. La phase de latence palustre vraie correspond au stade d'attente des gamètes mûrs; la phase d'imminence palustre débute par la parthénogénèse ou la conjugaison des gamètes, et précède immédiatement l'accès palustre évolutif. L'accès palustre évolutif est une réaction brusque et systématisée de l'organisme humain contre la pullulation des schizontes se réalisant pendant la maturation d'une ou plusieurs générations de gamètes, et acquérant de ce fait une gravité particulière. La guérison définitive se réalise par la défense spontanée de l'organisme qui s'intensifie sous l'action du froid et par la défense provoquée déclenchée par un traitement approprié. La cachexie palustre est causée par l'anémie palustre progressive, due à l'absence de régénération globulaire et par l'absence ou l'insuffisance d'un traitement approprié. Dans le paludisme, l'infection multiple est la règle, l'infection unique l'exception.