

Quelle est l'origine de la matière pigmentaire? Frerichs la fait provenir le plus communément de la rate. De là elle se déverserait dans la veine porte, où une partie s'arrêterait dans les capillaires du foie, tandis que l'autre serait entraînée dans le tourbillon de la circulation générale. Cependant le professeur de Berlin, tout en considérant la rate comme la source ordinaire du pigment, admet que d'autres organes, et notamment le foie, peuvent également le produire.

Quels sont les troubles fonctionnels qui seront la conséquence de la formation de la matière pigmentaire? On verrait d'abord apparaître un état chloro-anémique; puis, lorsque les granulations s'accumulent dans les capillaires, apparaîtraient des troubles variables suivant l'organe dans lequel ces agrégats se forment. S'accumulent-ils dans le foie, ce viscère peut s'atrophier, et l'on voit alors la plupart des accidents qu'on observe dans la cirrhose. Obstruent-ils les vaisseaux du rein, on verrait naître une albuminurie permanente; enfin, si les particules pigmentaires engouent les vaisseaux capillaires de la couche corticale du cerveau, il se produirait dans ce viscère des lésions diverses, telles que ramollissement, apoplexie capillaire ou autre, et par conséquent des troubles cérébraux fort divers.

On comprend que les accidents prédominant tantôt du côté des reins, tantôt du côté du foie ou vers le cerveau, cela imprime une physionomie différente à la maladie, de manière à constituer tout autant de formes. Il peut se faire aussi que les désordres locaux manquant, on n'observe que cet état anémique si ordinaire après les fièvres prolongées. Le diagnostic peut être alors très-incertain. Frerichs insiste sur une coloration d'un brun grisâtre de la peau tellement spéciale, qu'elle mettrait immédiatement sur la trace de l'affection. Disons toutefois que la mélanémie ne peut être reconnue sûrement que par l'inspection du sang. Le liquide extrait par une simple piqûre et examiné au microscope présentera les granulations pigmentaires caractéristiques.

La marche de l'affection pourrait être si aiguë, qu'en quelques jours les malades succombent; le plus communément la mélanémie dure plusieurs mois. L'issue serait le plus communément funeste, puisque sur 51 cas analysés par Frerichs, 31 fois les individus succombèrent.

Telle est l'histoire anatomo-pathologique de la mélanémie, dont j'emprunte les principaux détails à la description de Frerichs. On voit qu'il n'y a sur ce point encore rien de bien défini, et il serait possible qu'on eût réuni sous une dénomination commune des maladies fort différentes. Ne verrait-on cette altération du sang qu'après les fièvres intermittentes? On le dit, mais le doute est permis. Si j'ai cru devoir appeler l'attention des médecins français sur la mélanémie, c'est dans le but de provoquer quelques recherches dans notre pays, car presque tout reste à élucider. La mélanémie est-elle une lésion primordiale ou consécutive à une altération des solides, et particulièrement de la rate? n'est-ce qu'un accident, ou faut-il en faire une espèce morbide distincte? C'est ce que l'avenir nous apprendra.

Rechutes. — Il n'y a aucune maladie dont les rechutes soient aussi fréquentes que celles des fièvres intermittentes. L'exposition au froid, à l'humidité, les émotions vives, les indigestions, l'administration intempestive d'un purgatif, en sont les causes les plus ordinaires. Les rechutes sont plus fréquentes après les fièvres guéries par les fébrifuges qu'après celles qui ont cessé spontanément. Elles sont d'autant plus à redouter, que la fièvre a duré plus longtemps et que la saison est plus froide. Elles arrivent d'autant plus facilement, que les individus restent plus faibles, qu'ils sont cachectiques et plus ou moins anémiés. Rien n'annonce leur prochain retour. M. Vannoye, pourtant,

a dans ces derniers temps cru trouver dans l'examen de la conjonctive palpébrale un signe indicateur très-fidèle. Il prétend que si l'on abaisse la paupière inférieure en la renversant pendant que le malade porte la cornée vers la voûte orbitaire, au lieu de voir une conjonctive d'un rouge plus ou moins vif, on trouve une raie pâle ou tout à fait blanche, demi-circulaire, ou une sorte de croissant dont le bord concave entoure la partie inférieure de la sclérotique, et dont les deux cornes sont dirigées vers les deux angles de l'œil (1). Ce signe est réel, mais il n'est pas spécial aux sujets qui ont eu des fièvres intermittentes, on le trouve chez beaucoup d'individus, et généralement chez tous les anémiques. Il n'annonce donc pas le retour prochain des accès avec plus de certitude que ne le font les autres signes de l'anémie.

En général, les fièvres intermittentes présentent dans leurs rechutes le même type et à peu près les mêmes phénomènes qu'elles avaient dans la première attaque. Quelques auteurs, Strack surtout, ont avancé que lorsque la fièvre récidivait, les nouveaux accès survenaient le même jour et à la même heure que si les anciens s'étaient reproduits sans interruption; mais ce fait est loin d'être démontré. Il en est de même de l'opinion de Werlhof, qui admettait non-seulement des jours, mais même des semaines *paroxystiques*; il prétendait que la fièvre tierce rechutait surtout dans la deuxième semaine, et la fièvre quarte dans la troisième.

Suites. — Sans prétendre, avec quelques médecins optimistes, que les fièvres intermittentes sont des mouvements salutaires de la nature, il est vrai pourtant que, dans quelques cas, elles ont amélioré des constitutions débiles, ou amené la guérison de maladies graves qui avaient résisté jusqu'alors à tous les moyens thérapeutiques (épilepsie, folie, névralgies, etc.). Cependant il faut considérer ces faits, qui ont pour eux l'autorité de Boerhaave, d'Hoffmann, de Strack, de Werlhof, etc., comme étant des plus rares. Il est beaucoup plus ordinaire de voir les fièvres intermittentes prolongées altérer la constitution générale et aggraver les maladies préexistantes. On a vu aussi la fièvre intermittente, quand elle affectait la femme enceinte, provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. On a dit que, dans ce cas, plusieurs des enfants avaient été eux-mêmes atteints de fièvre intermittente survenant aux mêmes heures que celle de la mère. Enfin, on a vu des maladies graves, telles que la phthisie, le scorbut et le diabète, succéder à des accès répétés de fièvre intermittente. Sydenham a aussi signalé une sorte de manie consécutive aux fièvres, surtout à celles qui ont le type quarte. Mais ces observations ne paraissent pas avoir été confirmées par d'autres médecins. Senac lui-même n'a jamais rencontré qu'un seul cas analogue, et M. Baillarger n'en a vu que deux. Il est d'ailleurs probable qu'il n'y a eu ici qu'une simple coïncidence.

Diagnostic. — Le diagnostic de la fièvre intermittente régulière (la seule dont je parle actuellement) ne présente aucune difficulté; la succession des trois stades et la réapparition périodique des accès ne peuvent faire confondre la maladie avec aucune autre affection. Il n'en est pas de même des fièvres intermittentes anormales dont nous parlerons plus tard. Nous avons vu aussi précédemment que dans la première enfance, la fièvre intermittente pouvait être aisément méconnue à cause de la longueur des accès et de la facilité avec laquelle le premier stade pouvait passer inaperçu. On arrivera toujours au diagnostic, si l'on sait observer et interroger avec soin les malades et ceux qui les entourent.

(1) *Annales de la Société médicale de Flandre orientale*, année 1848.

Pronostic. — Les fièvres intermittentes printanières et les sporadiques sont généralement plus faciles à guérir, et récidivent moins que les fièvres automnales et épidémiques. Les fièvres quartes ont été regardées comme plus opiniâtres que les tierces et que les quotidiennes. Avant la découverte du quinquina, la fièvre quarte, dit Borsieri, était regardée comme l'opprobre des médecins, tant elle déjouait tous les moyens de l'art. Il n'en est plus de même aujourd'hui, car avec ce merveilleux secours, la fièvre quarte est dominée comme le sont toutes les autres fièvres intermittentes. L'enfance, la vieillesse, une constitution débile, les affections chroniques préexistantes des organes digestifs, sont des conditions fâcheuses. Des accès dont l'intensité s'accroît à mesure qu'ils se reproduisent indiquent en général que la fièvre n'a point de tendance à se terminer. Enfin, les phénomènes consécutifs dont j'ai parlé constituent toujours une circonstance fâcheuse, à cause de la lenteur avec laquelle ils disparaissent et parce qu'ils favorisent les rechutes.

Étiologie. — Il est peu de localités dans lesquelles on ne puisse observer des fièvres intermittentes, du moins à l'état sporadique. Cependant il paraît que ces maladies sont inconnues dans les Indes orientales (Bontius), au cap de Bonne-Espérance, en Islande et dans certaines parties de la Suède et de la Russie. Une latitude géographique élevée, variable dans les deux hémisphères, est, à ce qu'on prétend, incompatible avec la manifestation endémique des maladies paludéennes. Ainsi Pétersbourg, au 59° degré de latitude nord, et l'île Maurice, vers le 20° degré de latitude sud, sont, malgré leurs marais, exempts, dit-on, de fièvres intermittentes.

Les fièvres périodiques ne règnent d'une manière endémique que dans le voisinage des marais, des rizières, des rutoirs, et généralement de toutes les stagnations d'eau ayant lieu sur un sol peu perméable et contenant des matières végétales en putréfaction. Les marécages qui existent en France, surtout en grand nombre dans la Bresse, dans la Brenne et la Sologne, quoique permanents, n'ont pourtant pas la même énergie dans toutes les saisons. On s'est, en effet, convaincu que les émanations marécageuses acquéraient un surcroît d'activité à la fin de l'été et pendant l'automne, saisons pendant lesquelles les eaux stagnantes sont basses, réduites à leur partie fangeuse, laquelle, par son contact avec l'air et par l'action du soleil, dégage une plus grande quantité de miasmes. On peut établir avec raison, et cela d'une manière générale, que l'activité des émanations marécageuses s'accroît à mesure qu'on s'avance du nord au midi. On a aussi reconnu que les marais situés sur les bords de la mer sont plus délétères que ceux formés seulement par l'eau de pluie ou de rivière, probablement à cause de la grande quantité de matières putrescibles que les hautes marées entraînent dans les premiers.

Il importe de remarquer que les fièvres intermittentes ne règnent pas seulement dans les lieux où les marais existent à la surface du sol, on les trouve encore, mais moins constantes, dans ceux où, en raison de la nature du sol et des cultures qu'on y fait, des matières végétales se putréfient fréquemment : c'est ainsi qu'on trouve des fièvres intermittentes à côté des prairies artificielles, dans les rues non pavées des villes, ou lorsqu'on en remue profondément le sol pour l'établissement des égouts; dans les pays où l'on défriche un sol vierge, humide, contenant beaucoup de débris végétaux, ainsi qu'on l'a souvent observé dans le nouveau monde et dans l'Afrique française, chez les colons cultivateurs. Enfin, en tout pays, on peut encore voir naître des fièvres d'accès après les inondations et les irrigations des cultures et des jardins, partout enfin où l'on agite un terrain imprégné de matières végétales putréfiées, condition

essentielle pour la production de la cause qui engendre les fièvres d'accès.

Dans toutes les conditions dont je parle, il se dégage en effet certains principes, nommés *effluves* (Lancisi), *miasmes*, *émansations*, *exhalaisons*, qui altèrent, qui infectent l'air, et le rendent apte à produire la fièvre intermittente. Jusqu'à présent on n'a pu saisir et isoler ce principe délétère : nous ignorons sa nature et son mode d'action; toutes les théories qu'on a faites à ce sujet sont ridicules et insuffisantes. Cependant on ne peut s'empêcher d'admettre dans l'air des marais une cause spécifique; car l'humidité ne joue certainement qu'un rôle secondaire : les débardeurs à Paris, qui travaillent sans cesse dans l'eau sur les bords de la Seine, sont néanmoins peu sujets aux fièvres intermittentes, comme cela résulte des belles recherches de Parent-Duchâtelet. La chaleur atmosphérique n'agit aussi, suivant nous, qu'en activant la putréfaction des matières végétales et la volatilisation des principes délétères. Je n'ignore pas pourtant que M. Faure a cité quelques faits pour prouver que la fièvre intermittente pouvait sévir dans les pays secs, arides, et sous l'influence seulement d'une haute température; mais, pour entraîner la conviction, M. Faure aurait dû décrire plus complètement qu'il ne l'a fait la topographie des localités dont il parle, la nature du sol, comme les lieux circonvoisins. Quoi qu'il en soit, en les supposant exacts, ces faits sont exceptionnels, et ne sauraient autoriser l'auteur à conclure, comme il l'a fait, que la chaleur est la cause la plus générale des fièvres intermittentes.

Les miasmes marécageux, étant plus pesants que l'air, s'accroissent en plus grande abondance dans les parties basses. Lancisi a aussi prouvé que leur activité était à son maximum après le coucher du soleil, car c'est alors que les vapeurs qui ont été raréfiées et dispersées par la chaleur du jour se trouvent condensées, et se précipitent vers la terre.

La sphère d'activité des effluves marécageux varie beaucoup suivant les climats, les topographies, l'état calme ou agité de l'air, sa température et son hygrométrie. Dans nos pays tempérés, et lorsque l'atmosphère est tranquille, on a évalué à 400 ou 500 mètres la hauteur à laquelle peuvent s'élever ces émanations, tandis que leur propagation dans la direction horizontale ne serait que de 200 à 300 mètres. Dans les pays chauds, la sphère d'activité s'agrandit beaucoup : dans les Indes on a vu, par exemple, des vaisseaux éloignés de 3000 mètres environ d'un foyer d'infection en éprouver pourtant les funestes effets (Montfalcon).

Cette migration des effluves par l'air explique quelques particularités dignes d'être mentionnées, telles que l'apparition des fièvres intermittentes sur de hautes montagnes, dans les lieux secs et salubres. On voit aussi les pays voisins des étangs être préservés de la fièvre, parce qu'une forêt ou une colline qui les sépare intercepte complètement la transmission des miasmes, tandis que ceux-ci vont agir dans des lieux plus éloignés. C'est, en effet, en raison de telle ou telle exposition, de tel ou tel obstacle à la propagation des miasmes, que, dans les pays marécageux, un quartier, une rue, une portion de maison peut éprouver la fâcheuse influence de l'infection, tandis que les plus voisins en sont abrités.

La science possède un grand nombre d'observations rapportées spécialement par Lancisi, par Lind, par Nepple, etc., qui prouvent que les émanations marécageuses peuvent exercer sur les sujets qui s'y exposent une action vive et subite, qui varie depuis un simple malaise ou un accès fébrile jusqu'aux accidents les plus graves et même la mort foudroyante. En général, pourtant, il y a une période d'incubation dont la durée oscille depuis un jour jusqu'à plusieurs

semaines; dans la plupart des cas, elle ne dépasse guère le septième jour. Cela explique pourquoi la fièvre éclate souvent chez les individus qui, depuis quelques jours, s'étaient éloignés du foyer d'infection. Il paraît prouvé que l'habitude émousse l'activité des effluves chez certains individus; c'est du moins ce qui résulte des observations faites par Lancisi, par Lind et par M. Maillot. On dit aussi que certaines races sont, dans divers pays, plus ou moins réfractaires à l'action des effluves marécageux. On lit dans le numéro de mars 1843 de la *Revue des deux mondes*, que dans la Floride, où existent d'infects marécages, la race blanche est décimée par les maladies qu'engendre cette cause délétère, tandis que les nègres résistent aux mêmes influences. Diverses causes débilitantes, comme les écarts de régime, les émotions morales, les maladies, paraissent autant de circonstances qui rendent les individus plus susceptibles à l'action miasmatique et qui abrègent la période d'incubation. Il est certain que les fièvres intermittentes ne sont pas contagieuses.

Traitement. — Beaucoup de médecins du siècle dernier, et même quelques-uns de nos contemporains, s'appuyant de l'autorité de Galien et de Boerhaave, ont conseillé de laisser durer pendant un certain temps les fièvres intermittentes qui ne menacent pas la vie des individus. Ils voulaient, en effet, qu'on n'administrât les fébrifuges qu'après le septième jour. Cette pratique est irrationnelle; elle n'est fondée que sur cette opinion erronée qui consistait à regarder la fièvre comme un mouvement dépuratoire de la nature, pouvant exercer une heureuse influence sur la constitution. Torti, Werlhof, Strack, Lind, Senac, etc., ont combattu la méthode de l'expectation; ils ont conseillé de guérir la fièvre le plus tôt possible, parce que la répétition de cinq ou de six accès n'est pas toujours sans inconvénients, et que trop souvent on a vu une fièvre bénigne changer brusquement de caractère et devenir pernicieuse. Il faudra donc chercher à guérir la fièvre aussitôt qu'on en aura constaté l'existence.

Le traitement des fièvres intermittentes comprend : 1° les soins qu'il faut donner au malade pendant l'accès; 2° les remèdes qui doivent prévenir le retour de la fièvre.

1° *Traitement de l'accès.* — Wilson Philips établit en principe, dans son *Traité des fièvres intermittentes*, que dans le traitement des paroxysmes on doit avoir pour but de mettre fin au stade présent en sollicitant celui qui a coutume de lui succéder. Pendant le stade de froid on favorise la chaleur, et pendant la chaleur on excite l'établissement de la sueur. Pour remplir ces indications, on devra, pendant le stade de froid, envelopper le malade de linges chauds, et lui faire prendre quelques tasses d'une infusion aromatique chaude. Les saignées, les purgatifs et les vomitifs, que quelques auteurs ont préconisés à cette époque, sont nuisibles et souvent très-dangereux. Pendant la chaleur, on continue l'usage des boissons tièdes, mais légèrement acidulées; Lind conseille en outre l'administration de l'opium. Ce judicieux médecin dit, en effet, que, donné au commencement de la chaleur, l'opium abrège la durée de l'accès, qu'il fait cesser la céphalalgie, le malaise, l'agitation, qu'il provoque un sommeil paisible et procure une sueur abondante. Cullen conseille la même pratique. Dans le dernier stade, le malade pourra boire frais ou à la température de la chambre. Si la sueur était très-abondante, on remplacerait le linge mouillé par du linge sec et chaud; et si le malade était très-épuisé, on lui donnerait quelques cuillerées d'un vin généreux et du bouillon.

Il est possible, dans quelques cas, d'enrayer brusquement un accès dès son début, c'est-à-dire pendant le stade de froid, à l'aide de certains moyens perturbateurs. On a notamment obtenu souvent le résultat dont je parle en appli-

quant le long du rachis, d'après le conseil de Condret, dix à douze grandes ventouses sèches; il arrive même parfois que l'accès avorte et que même il cesse de se reproduire. C'est ce que j'ai observé moi-même plusieurs fois.

2° *Traitement préventif de l'accès.* — Pendant l'apyrexie, deux ordres de moyens peuvent être employés : les uns *directs*, ont pour but d'empêcher le retour des accès, ce sont les *fébrifuges*; les autres, *indirects*, servent à combattre quelques accidents qui pourraient momentanément contre-indiquer l'emploi des premiers.

Moyens indirects. — Les principaux sont la saignée, les vomitifs et les purgatifs.

La saignée est indiquée dans les cas de complication inflammatoire, lorsque la période de chaleur est très-intense, très-prolongée, et qu'il existe des signes d'une vive congestion viscérale, soit pendant l'accès, soit même durant l'apyrexie. La saignée ne sera jamais pratiquée pendant le frisson; ce serait parfois exposer le malade à un grand péril. Pour la faire, on choisira le stade de chaleur ou la période d'intermission. Comme tous les remèdes perturbateurs, on a vu la saignée suspendre quelquefois le cours des accès et guérir la fièvre. Les saignées ne seront pratiquées que lorsque l'indication est précise; faites inconsidérément, elles ont peut-être contribué à transformer des fièvres simples en pernicieuses : c'est ce que Sydenham et Torti semblent avoir observé plusieurs fois.

Les vomitifs et les purgatifs ne seront administrés que dans les cas d'une complication bilieuse; on choisira pour les donner le moment de l'apyrexie qui sera le plus éloigné des accès. On a dit de préférer les purgatifs amers, tels que la rhubarbe ou les sels magnésiens; mais ce choix ne me paraît avoir aucune importance.

Moyens directs, ou fébrifuges. — Le quinquina est le fébrifuge par excellence; parmi toutes les préparations de quinquina, le sulfate de quinine est celle qui doit être toujours préférée. On donne ce sel à la dose de 30 centigrammes à un gramme, en poudre, en pilules ou en sirop. La solution est préférable, car l'absorption du sel est plus facile, plus prompte; on l'active surtout si on a la précaution d'ajouter au mélange quelques gouttes d'acide sulfurique qui transforment le sulfate de quinine en bisulfate très-soluble. La même addition doit être faite lorsque le sel quinique est donné en pilules ou en lavement.

A moins de contre-indication spéciale, le sulfate de quinine est presque toujours administré par la bouche; on peut aussi le donner en lavement. Dans le rectum, en effet, l'absorption du médicament se fait très-vite, plus promptement que dans l'estomac lui-même; mais le médicament est plus vite éliminé d'après M. Briquet. On a aussi introduit le sulfate de quinine par la méthode endermique. Nous avons expérimenté avec Chomel ce dernier mode d'administration, et nous nous sommes assurés que le sel de quinine, appliqué deux heures seulement avant l'accès, pouvait empêcher celui-ci complètement, tandis que, donné par la bouche, il fallait un temps beaucoup plus long. Mais le sulfate de quinine appliqué sur la peau dénudée a l'inconvénient de déterminer souvent des eschares et des ulcérations douloureuses, dont la guérison ne s'opère que lentement; aussi, dans les cas où la fièvre intermittente est simple et ne compromet pas la vie, il faut préférablement administrer le fébrifuge par la bouche.

Le sulfate de quinine, donné pendant ou peu avant l'accès, ainsi que le voulait Torti, ne modifie point celui-ci; il ne peut modérer ou empêcher que l'ac-

cès suivant. Pour agir convenablement sur celui-ci, il faut autant que possible administrer le fébrifuge pendant l'apyrexie; et, soit qu'on le donne par doses fractionnées, comme l'indique Sydenham, et comme la chose est préférable, ou bien en une seule fois, comme le faisait Torti, il importe, si l'on veut prévenir plus sûrement l'accès, que la dernière dose du médicament soit prise de douze à seize heures au moins avant l'invasion probable de la fièvre. Il vaut mieux ici aller au delà que de rester en deçà, car il arrive parfois que, dans l'accès suivant, la fièvre avançant de plusieurs heures, on n'a plus un intervalle assez long pour que la quinine agisse. Il n'y a d'ailleurs aucun inconvénient à administrer le remède fort loin de l'accès; c'est ainsi que dans des fièvres quartes j'ai, dans un but d'expérimentation, donné avec un succès complet le sulfate de quinine, administré comme il vient d'être dit, n'a fait que diminuer un peu l'accès, il faut soupçonner que la dose a été insuffisante; aussi devrât-on l'augmenter. L'usage du fébrifuge devra être continué plusieurs jours de suite, afin de raffermir la guérison et de combattre ces accès incomplets qui persistent souvent après l'apparente guérison des individus. Dans les fièvres quotidiennes, je donne le remède encore deux ou trois jours de suite; j'en administre durant quelques jours de plus dans les fièvres tierces et dans les fièvres quartes. Je prescris toujours la même dose et n'imité pas ceux qui, après avoir coupé l'accès, donnent pour les prévenir des doses successivement décroissantes, pratique mauvaise, car comment veut-on que l'économie, habituée à de fortes doses de quinine, soit ensuite influencée par des quantités plus minimes?

Lorsqu'on a coupé la fièvre complètement et prévenu le retour immédiat des accès en donnant de la quinine pendant quelques jours de suite, on ne doit pas cependant renoncer pour toujours au remède, il faut seulement le suspendre. Cette suspension sera plus ou moins longue; elle sera de trois, quatre, cinq ou six jours, suivant que la fièvre aura été plus ou moins rebelle et suivant que l'on supposera qu'une récidive est plus ou moins à craindre. On reprendra alors l'usage de la quinine, comme plus haut, c'est-à-dire en donnant la dose qui fut nécessaire d'abord pour se rendre maître de la fièvre, et en ayant soin, si l'on combat le retour d'une fièvre tierce ou quarte, de choisir pour l'administration de l'antipériodique le jour qui eût été celui de l'apyrexie, si les accès eussent continué, car nous avons vu plus haut qu'il y avait peut-être des jours paroxystiques.

On ne saurait rien dire de rigoureux sur le temps pendant lequel on devra donner de la quinine à titre de préventif. S'agit-il d'une fièvre récente, il suffira d'en prescrire deux ou trois fois; mais si la fièvre est ancienne et rebelle, si elle a été prise dans un pays chaud, il est souvent nécessaire de lutter pendant plusieurs mois et de donner chaque semaine une ou deux prises de quinine, si l'on veut conjurer le retour de nouveaux accès.

Presque jamais le quinquina n'a besoin ni d'un adjuvant ni d'un correctif. Il y a pourtant certaines circonstances qui nécessitent des modifications dans le mode d'administration du remède. Ainsi, dans les cas où il y a des coliques et de la diarrhée, le fébrifuge sera associé à une certaine quantité d'opium. Chez les enfants, pour en masquer la saveur amère, on le donnera dans du café au lait, ou dans une infusion de thé; mais comme dans ce cas une partie de sulfate de quinine est précipitée à l'état de tannate insoluble, il faut donner une dose de médicament un peu plus considérable. Mieux vaut chez les enfants prescrire la quinine dans du café au lait, que de donner, à l'exemple de M. Trousseau, la quinine brute, sorte d'extrait glutineux fort amer, quoi qu'on

en dise, pour peu qu'on le garde dans la bouche, pouvant traverser l'intestin sans subir d'altération, et dans tous les cas plus difficile à absorber que le sulfate de quinine. Dans ces derniers temps, on a conseillé, chez les sujets nerveux, irritables, de remplacer le sulfate de quinine par le valérianate de quinine, qui aurait en outre l'avantage de pouvoir être donné à plus faible dose (Devay). Cette substitution n'a aucun avantage. On a encore prôné divers autres sels de quinine, tels que le chlorhydrate, l'azotate, le carbonate, le citrate, l'acétate, l'hydrocyanate ferruré, le lactate et le tannate; mais aucun d'eux n'est supérieur au sulfate acide; et plusieurs, ou moins solubles, comme le tannate, ou contenant moins de quinine à volume égal, lui sont de beaucoup inférieurs. Si l'on manquait de sulfate de quinine, ou dans certaines fièvres exceptionnellement rebelles à ce divin médicament, on prescrirait le kina en extrait à la dose de 8 à 16 grammes, ou mieux encore en substance sous forme d'opiat à la dose de 16 à 60 grammes, ou bien en teinture alcoolique à la dose de 10 à 60 grammes. Mais vouloir, aujourd'hui, avec quelques aveugles admirateurs du passé, substituer systématiquement le quinquina au sel de quinine, c'est revenir en arrière, et méconnaître un des grands progrès qui honorent notre époque. Comment pouvoir jamais justifier la substitution du quinquina en poudre à la quinine? Celle-ci a une composition fixe et peut être aisément dosée, tandis que la proportion des alcaloïdes varie dans les quinquinas depuis 1/2 pour 100 jusqu'à 3 et 4. D'ailleurs, peut-on ignorer que l'absorption se fait plus vite, plus promptement, et avec moins de fatigue pour l'estomac, avec le sel de quinine qu'avec le quinquina? Enfin, donner celle-ci comme étant à la fois et plus active et plus économique, c'est une double illusion qu'il importe de détruire. Le quinquina, en effet, n'a d'autres principes fébrifuges que ses alcaloïdes, toutes les autres substances qui entrent dans sa composition n'ont aucune action directe sur la périodicité. Il est aisé enfin de se convaincre, quoi qu'en ait dit M. Trousseau, fort partisan de la poudre, que la quinine est un médicament moins cher que le quinquina. A tous ces titres, la quinine doit conserver la prééminence sur toutes les autres préparations, même les extraits et les teintures (1).

Le sulfate de quinine, dont le mode d'action nous est inconnu, est absorbé et en partie éliminé par la sécrétion rénale. On le retrouve, en effet, dans les urines; où sa présence est décelée par l'iodure de potassium ioduré, qui détermine un précipité jaune-orange imitant la poudre de cannelle ou de quinquina jaune. On peut encore reconnaître la présence du sel de quinine en concentrant la liqueur et en l'examinant au microscope: on découvre alors des cristaux polyédriques, allongés, groupés en éventail et en feuilles de fougère; la plupart sont irréguliers et comme amorphes.

Lorsqu'on donne la quinine, non-seulement la fièvre cesse, mais la rate diminue souvent de volume d'une manière très-rapide. Cet effet résulte-t-il d'une action directe du médicament sur l'organe; ou bien celui-ci ne rentre-t-il dans ses limites que parce que les accès fébriles cessent et que la cause de la fièvre est détruite? C'est ce que je crois. Quoi qu'il en soit, on ne voit pas

(1) Si le gramme de sulfate de quinine coûte au détail 2 francs, les 30 grammes de quinquina jaune qui y correspondent coûteront 2 fr. 25 c. à 2 fr. 50 c. Pour les hôpitaux de Paris, si le gramme revient à 25 ou 30 centimes, les 30 grammes de bon quinquina calisaya coûtent 20 à 35 centimes. Ceci peu paraître de prime abord étrange, mais on s'en rend compte aisément lorsqu'on sait que pour l'extraction de la quinine on n'emploie pas les beaux quinquinas, mais exclusivement ceux qui, ayant peu d'apparence, n'auraient presque aucune valeur commerciale.