

sant que la stricte séquestration des malades et la désinfection de leurs évacuations (5. % d'acide carbolique) et de tous les objets contaminés par eux, de quelque manière que ce soit, tels que linge, habits, meubles, etc. (le mieux par la chaleur sèche), sont de toute rigueur pour mettre des bornes à la dissémination du mal. Il importe beaucoup de désinfecter le plus tôt possible les déjections fraîches, WOOD ayant découvert ce fait excessivement remarquable que les bacilles cholériques contenus dans l'intestin y deviennent, par suite du manque d'oxygène et en dépit de la formation excessive des toxines (v. plus haut), beaucoup plus sensibles aux influences extérieures. Une fois qu'ils sont hors du corps, les bacilles ne tardent pas, grâce à l'accès facile de l'air, à acquérir une plus grande force de résistance. — La *prophylaxie individuelle* est de la plus grande importance. D'après de nombreuses expériences, tout catarrhe intestinal, quelque bénin qu'il soit, augmente la disposition à l'invasion du choléra et en rend la marche ultérieure plus grave. Il importe donc, en temps d'épidémie, que tout dérangement, quelque léger qu'il soit, de l'estomac ou de l'intestin soit soumis au traitement diététique et médicamenteux le plus soigné. Il faut rappeler d'ailleurs, comme le dit la dernière circulaire du gouvernement prussien, que « toute personne qui tâche d'observer les règles de la modération et de la propreté pour elle-même et de les faire observer dans son entourage, ne sauvegarde pas seulement ses intérêts propres, mais qu'elle vient activement en aide aux fonctionnaires qui ont pour mission de veiller au bien-être général. »

Le principal remède usité au début du choléra, c'est l'*opium*, qui forme la base des nombreuses et diverses « gouttes anticholériques ». La meilleure préparation est la teinture commune d'opium à la dose de 10 à 20 gouttes, ou l'opium en poudre, 0,03 à 0,05 d'opium pur, à prendre toutes les deux ou trois heures. Voici deux formules composées : Teinture d'opium simple 1,0, vin d'ipécacuanha 3,0, teinture de valériane éthérée 10,0, huile de menthe poivrée, gtt. 5. M. Prenez de 20 à 30 gouttes ; puis, un mélange de teinture d'opium au benjoin 10,0, et de teinture d'opium safranée 5,0, dont on prend 10 à 20 gouttes. Le traitement opiacé a prévalu dans la dernière épidémie, quoique plusieurs médecins le considèrent comme irrationnel et préfèrent donner, au début de la maladie, quelques fortes doses de calomel (0,3 à 0,5). CANTANI et d'autres médecins italiens aiment beaucoup les *injections intestinales* (entéroclyse) avec une solution tannique (eau bouillie chaude 2000,0 tannin 3,0 à 6,0, gomme arab. 50,0 teinture d'opium 30 à 50 gtt.) ou avec des solutions désinfectantes. HUEPPE préconise de grandes doses de *salol* à l'intérieur.

Quand l'*attaque de choléra est confirmée*, on persiste d'ordinaire dans l'administration de l'opium. En outre on enveloppe les malades dans des draps chauds avec lesquels on les frictionne ou bien on les frotte avec de l'huile chaude. A l'intérieur ils prennent du thé chaud, du café fort, du bouillon, du vin chaud. Plusieurs fois on a employé avec succès des bains chauds ou des bains de moutarde. Contre les vomissements, on recourt à l'opium ou à la glace, et contre les crampes douloureuses des mollets, aux piqûres de morphine. Plus l'activité cardiaque faiblit, plus on doit insister sur les excitants (injections de camphre et d'éther, champagne). On a tenté aussi à diverses reprises de remplacer la perte en eau que subit l'économie, par des *injections sous-cutanées ou intraveineuses de sel marin* (hypodermoclyse). SAMUEL recommande à cet effet une solution renfermant sur 1000 grammes d'eau, 6,0 de sel marin et 1,0 de carbonate de soude et dont la température s'élève à 38° c. environ. Enfin on prétend avoir obtenu de bons résultats de l'introduction dans la cavité péritonéale d'une solution de 5 ‰ de sel de cuisine ou de 3 ‰ de carbonate de soude.

Le régime doit être excessivement prudent, non seulement pendant l'accès même, mais encore longtemps après. Au commencement on n'accordera que des potages mucilagineux, du lait, des bouillons, du biscuit, etc. On conseille de donner avec la nourriture un peu d'*acide chlorhydrique*.

Il va sans dire que le traitement du *choléra typhoïde* diffère considérablement d'après chacune de ses formes, et se guide sur les règles en usage dans chaque affection spéciale.

CHAPITRE QUATORZIÈME.

MALADIES DE MALARIA.

(Fièvre intermittente. Fièvre algide. Fièvre à accès. Fièvre paludéenne.)

Étiologie. La malaria est le type des maladies purement « *miasmatiques* ». Le germe morbide de cette affection hante indubitablement des localités déterminées, dans lesquelles tout habitant court le danger d'être infecté. Si un malade impaludé vient dans une contrée vierge de la malaria et qui ne soit pas dans les conditions propres à en devenir le foyer, il ne deviendra pas la cause occasionnelle de nouveaux cas morbides. On n'a effectivement jamais vu la maladie se transmettre à une personne saine à la

suite de rapports, quelques intimes qu'ils fussent, avec des individus affectés. Il n'est donc pas question de contagion proprement dite, ce qui veut dire que le poison malarial une fois qu'il a pénétré dans le corps, ne l'abandonne pas pour reparaitre au dehors, sous une forme active. Par contre, la malaria peut se transmettre en injectant du sang d'un individu malade à une personne saine (GERHARDT et autres).

A l'exception des régions polaires, il y a peu de pays où, en certains endroits, la malaria ne se montre endémiquement d'une manière continue ou du moins par intervalles. Cependant il existe une grande différence dans le taux et surtout dans l'intensité de la morbidité malariale. Tandis qu'en Allemagne, les formes communes de la fièvre intermittente se présentent fréquemment dans de nombreuses localités, les aspects graves de la maladie constituent de rares exceptions. Par contre, la Hongrie, les régions du Bas-Danube, l'Italie (la campagne romaine, les marais pontins, la Sicile) sont des foyers fameux des formes graves de la malaria, de même que beaucoup de contrées des pays extra-européens, principalement des tropiques. C'est une loi incontestée et corroborée par une succession d'observations récentes, que le *sol terrestre* est le domaine propre et le lieu de développement du poison malarial, que ce poison passe de là dans les couches inférieures de l'atmosphère, et pénètre ensuite dans le corps humain probablement avec l'air inspiré. Parmi les conditions d'où dépend la faculté du miasme paludéen de se multiplier dans le sol, il faut ranger avant tout un état *d'humidité persistante de celui-ci*. Les contrées marécageuses sont par conséquent la grande patrie de la fièvre palustre, pas, comme l'expérience le prouve, quand de grands amas d'eau couvrent la terre, mais seulement alors que par des temps plus secs, la surface marécageuse entre en contact avec l'air atmosphérique. Il en résulte que *l'accès de l'air aux couches humides du sol* semble constituer une seconde condition indispensable au développement du germe marmématique. Un troisième et influent facteur, c'est la *température de l'air*, comme le prouvent la prédominance de la maladie dans les pays méridionaux et sa prédilection pour les mois d'été.

En ce qui concerne la *nature du poison malarial*, c'est dans ces derniers temps seulement que les recherches d'investigateurs italiens (MARCHIAFAVA et CELLI, GOLGI et autres) ont abouti à des conclusions remarquables. D'après eux, les facteurs des affections malariales, les « *plasmodies malariales* » appartiennent aux organismes animaux inférieurs, aux protozoaires, et notamment à la classe des *sporozoaires*. Ces plasmodies se mêlent au liquide sanguin et pénètrent dans les corpuscules rouges du sang, à l'intérieur

desquels ils exécutent de vifs mouvements amœboïdes en se nourrissant évidemment aux dépens des globules rouges. L'hémoglobine de ceux-ci se transforme alors en mélanine qui est probablement exempte de fer, et dont les granules noirs sont aisément visibles dans le corps des plasmodies. Dès que les globules rouges du sang sont entièrement « mangés » par les plasmodies qui les occupent, celles-ci sont mises en liberté. Le pigment se rassemble à leur centre, tandis qu'à leur périphérie végètent les générations nouvelles qui s'en séparent par scission et bourgeonnement. Il est probable que ces dernières, pendant l'intervalle afebrile, sont surtout logées dans la rate, le foie et la moëlle osseuse et qu'au moment du retour de l'accès, elles rentrent dans le sang, pour s'insinuer de nouveau dans les globules rouges. Il serait très intéressant de démontrer que les diverses formes de fièvre intermittente, surtout la fièvre tierce et quarte, doivent leur production à différentes sortes de plasmodies ayant des phases de développement de durée inégale. Le fait est que par l'inoculation pratiquée d'homme à homme, on ne peut jamais provoquer une fièvre tierce qu'au moyen d'une tierce, et une fièvre quarte qu'à l'aide d'une quarte. La fièvre quotidienne ne naît probablement que par la coexistence chez le même individu de deux fièvres tierces, dont chaque accès tierce doit sa manifestation à une génération particulière de plasmodies. Au surplus, les cas graves de malaria (fièvre pernicieuse), comme GOLGI le prétend, doivent leur origine à une sorte spéciale de plasmodies qui se caractérisent par leur développement en forme de croissant.

Quoiqu'on n'ait pas réussi jusqu'à cette heure à consacrer par une épreuve définitive au moyen de la pure culture et de l'inoculation, la signification qui s'attache aux plasmodies, la relation de ces dernières avec la malaria est pourtant établie avec une certitude suffisante, étant donné que dans toute fièvre intermittente on peut facilement démontrer l'existence des plasmodies dans le sang (même sans aucune coloration, dans le sang intact), tandis que ces formations ne se rencontrent jamais dans le sang en l'absence du malaria. On ignore absolument par quelle voie les plasmodies entrent dans le corps (inhalation, piqûre d'insectes?).

Les recherches sur les plasmodies malariales ont également expliqué comment dans la malaria chronique se forment *dans les organes internes* ces fortes *accumulations de pigment* qu'on a signalées depuis longtemps. Ce pigment s'amasse le plus abondamment dans la *rate* qui dans les formes chroniques devient une tumeur dure et compacte. Cependant la *moëlle osseuse*, le *foie*, le *cerveau* et les *reins* peuvent aussi devenir des dépôts de pigment, et en outre le foie et les reins finissent par devenir

le siège d'états chroniques de dégénérescence et d'inflammation. Mentionnons encore comme étant particulièrement digne d'être noté, le fait que, dans les cas d'altérations cérébrales graves (fièvre pernicieuse comateuse), on trouve les capillaires du cerveau complètement bouchés par des plasmodies pigmentaires.

La *disposition à la maladie* est très répandue. Elle n'épargne ni race, ni âge, ni sexe. C'est un fait très remarquable qu'une première atteinte de la maladie *accroît* la disposition à des accès subséquents. Parfois des malades qui ont enduré la fièvre intermittente, se portent parfaitement bien dans une contrée exempte de malaria, mais dès qu'ils retournent dans une contrée marécageuse, ils sont pris de nouveaux accès ou tout au moins d'un dérangement considérable. La *durée de l'incubation* n'est pas toujours la même. On lui assigne de 6 à 20 jours, mais il arrive certainement que la période d'incubation est plus courte.

Dans les pages qui suivent, nous n'insisterons que sur les fièvres intermittentes communes, telles qu'elles se montrent chez nous, en Allemagne, nous bornant à mentionner brièvement les formes les plus graves.

Différentes formes de la malaria.

1. **Fièvre intermittente.** Cette forme la plus simple de la malaria est caractérisée principalement par des *accès fébriles* d'une durée relativement courte, qui affectent presque toujours un *type d'une régularité* remarquable. Souvent un accès fébrile de ce genre constitue la toute première manifestation de la maladie ; dans d'autres cas, le paroxysme fébrile est précédé d'un *stade prodromique* de plusieurs jours de durée, pendant lequel les malades se sentent abattus, n'ont presque pas d'appétit, se plaignent de la tête, de la nuque, des membres et présentent dès lors une coloration subictérique de la face, de même qu'un gonflement appréciable de la rate.

On distingue trois stades dans l'*accès intermittent* proprement dit. Il commence par le *stade de froid*. En même temps qu'un malaise général prononcé, se déclare un frissonnement intense, un tremblement, tantôt modéré, tantôt très violent de tout le corps. Avec cela, la peau devient froide au toucher, pâle, la face est souvent un peu cyanosée. A l'intérieur du corps cependant la chaleur est déjà *accrue* et elle continue à monter de plus en plus. Le plus souvent, l'accès commence le matin ou l'avant-midi, plus rarement l'après-midi ou le soir. La durée du stade de froid peut varier beaucoup, ordinairement elle est d'une à deux heures.

Après la cessation du froid, vient le *stade de chaleur sèche*. La peau

est de plus en plus brûlante. La face devient vultueuse, le pouls, petit jusque-là, acquiert de la plénitude, l'impulsion du cœur se renforce vivement. La température s'élève plus haut encore, surtout au début de ce stade, et atteint son apogée pendant cette période. C'est par exception qu'elle reste au-dessous de 40°, il n'est pas rare même qu'elle atteigne 40° à 40°,5. La durée de ce stade est presque toujours plus longue que celle du stade de froid. Elle comporte le plus souvent de 3 à 5 heures environ. Souvent déjà vers la fin du stade de chaleur, la température se remet à descendre, mais parfois seulement elle ne baisse qu'à l'entrée du troisième stade.

Pendant le *stade de sueur*, la peau devient moite et bientôt s'établit une transpiration profuse généralisée. En même temps, l'état général du malade s'améliore visiblement, la chaleur descend d'ordinaire en peu d'heures jusqu'au degré normal et dans l'espace de 8 à 12 heures à peu près, parfois plus tôt et parfois en un temps plus considérable, l'accès est terminé. D'ordinaire alors la température fléchit encore davantage, de manière que le lendemain matin le thermomètre marque au-dessous de la normale (jusqu'à 36°).

Nous devons signaler ici quelques particularités de la *marche thermique* durant l'accès. Presque toujours la température monte plus rapidement qu'elle ne descend. L'ascension la plus vive a lieu pendant la première heure du stade de froid ; elle est plus lente au commencement du stade de chaleur. La ligne thermique ascendante n'est presque jamais interrompue. Dans le stade de chaleur, du paroxysme de la fièvre (ordinairement de 41° environ), la courbe fébrile, quand on prend fréquemment la température, présente souvent deux petits sommets. Mais souvent aussi, la chaleur se maintient avec une constance remarquable, plusieurs heures durant, exactement au même niveau. La chute de la température commence ordinairement un peu avant l'apparition de la sueur. Elle s'effectue lentement, d'après une ligne continue qui est parfois interrompue par des zigzags plus ou moins accusés. On observe quelquefois une décroissance en échelons, c'est-à-dire que la chaleur demeure fixe pendant une demi-heure à une heure, puis tombe rapidement d'un degré encore, pour rester pendant quelque temps à ce point et ainsi de suite.

La caractéristique principale de la fièvre intermittente ne réside pas cependant dans la physionomie de chaque accès pris à part, mais dans leur *rythme de succession*. Dans tous les cas abandonnés à eux-mêmes, les accès reviennent constamment pendant un temps considérable et cela tous les jours (*fièvre quotidienne*), ou, d'après le type le plus fréquent, tous les deux

jours (*intermittente tierce*, v. fig. 10 et 11). Il est rare que les intervalles apyrétiques soient plus longs et de plusieurs jours (*intermittente quarté, quintane*, etc.). S'il y a deux accès par jour, ce qui se présente bien rarement chez nous, cela s'appelle une *double quotidienne*. S'il y a tous les deux jours un accès plus fort, et aux jours intercalaires des accès plus bénins, on désigne cette fièvre du nom de *double tierce*. Très souvent les différents accès ne tombent pas exactement aux mêmes heures ; presque toujours ils se rapprochent ou s'éloignent de quelques heures. On désigne cette variété d'accès du nom de *type antéponent ou retardant* (par ex. *tierce antéponente ou retardante*). Dans des cas invétérés, les paroxysmes finissent par perdre toute périodicité (*fièvre erratique*).

En dehors des accès fébriles, le phénomène le plus constant et le plus important de la fièvre intermittente, c'est un *gonflement considérable de la*

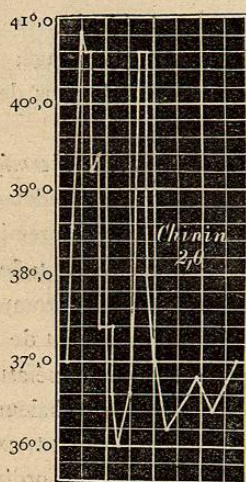


Fig. 10. Fièvre intermittente quotidienne.

rate, constatable par la percussion et la palpation. Ce gonflement augmente à chaque accès successif, et ne diminue que faiblement pendant l'apyrexie. Après la défervescence complète, l'intumescence de la rate persiste souvent encore quelque temps. La tumeur splénique est sensible à la pression. Le gonflement du *foie* est moins fréquent et présente moins d'importance.

Certains *changements de la peau* sont très caractéristiques, et en particulier la *pigmentation jaune-brunâtre*. Celle-ci dépend d'un dépôt anormal de pigment dans le derme. Très souvent on voit, au cours des accès, se développer un *herpes* aux lèvres ou au nez. Une fois, nous avons vu un herpes de

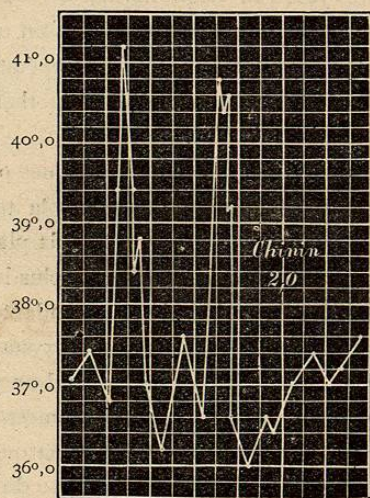


Fig. 11. Fièvre intermittente tierce.

la cornée. D'autres éruptions cutanées, comme l'urticaire, le purpura, etc. ont été signalées.

Rarement il y a des désordres du côté d'autres organes internes. Notons la *dilatation aiguë* assez considérable du *cœur*, que nous avons eu occasion de voir plusieurs fois pendant l'accès, et qui rétrocedait rapidement sans laisser de trace. Il arrive souvent que, durant l'accès, on entende au cœur un souffle passager. Les *poumons* peuvent également, au cours de l'accès, présenter les signes d'une *bronchite sèche*. Parfois on observe des *symptômes abdominaux* intenses (diarrhée). L'*ictère* catarrhal ne se montre que dans les formes plus graves. L'*urine* contient quelquefois de l'albumine, en quantité modérée ; la *néphrite vraie* ne se déclare non plus que dans les cas les plus sévères. L'augmentation de la *sécrétion de l'urée* aux jours de fièvre provient du surcroît de destruction de l'albumine qui accompagne chaque accès. On considère comme caractéristique de la fièvre intermittente, une *sensibilité* marquée des *vertèbres cervicales et dorsales supérieures*.

Indépendamment des accès francs de fièvre intermittente, on voit parfois des accès *rudimentaires et modifiés* dans lesquels les différents stades sont indistincts ou font même défaut en partie. Cela se remarque notamment sous l'influence de la quinine. Chez les *enfants* il n'y a pas de frisson prononcé. Tout se borne chez eux à devenir livides et à se cyanoser. Parfois ils présentent de graves symptômes nerveux.

2. **Fièvre intermittente pernicieuse (fièvres comitiales).** Cette forme dangereuse de la fièvre intermittente, qui ne se rencontre que dans les véritables contrées paludéennes, est souvent précédée de plusieurs accès de nature bénigne. Puis se déclarent, indépendamment des stades plus ou moins nettement prononcés de l'accès fébrile, d'autres graves phénomènes qui conduisent à la mort. Le plus fréquemment ce sont des *manifestations intenses du côté du système nerveux*, des états de torpeur et de coma, du délire ou des convulsions de nature épileptique ou tétanique. Tous ces phénomènes ne durent pas plus longtemps que les accès intermittents ordinaires et, dans les cas favorables, se dissipent complètement, à la faveur d'une diaphorèse profuse. Le danger naît surtout de la répétition des accès. — Une autre forme pernicieuse consiste en *symptômes gastro-intestinaux* graves, et revêt presque complètement l'aspect d'une *attaque de choléra algide* (vomissements, diarrhée, collapsus) ou se combine avec de violentes manifestations cardialgiques, dysentériques ou autres semblables. Dans l'*intermittente dite biliaire*, se montrent pendant l'accès un ictère intense, le vomissement, la diarrhée, parfois aussi les plus formidables symptômes nerveux. — Une forme pernicieuse toute spéciale, c'est celle où, à chaque accès, on

constate des localisations manifestes (pneumonies, pleurésies) qui, avec le mouvement de défervescence, rétrocedent en tout ou en partie, pour se reproduire au retour du prochain accès.

3. **Fièvres rémittentes et continues.** Ces formes généralement graves ne sont propres non plus qu'aux contrées marécageuses. Leur parenté étiologique avec la fièvre intermittente résulte de ce qu'elles naissent quelquefois des formes les plus bénignes. Cependant il faut remarquer que pour une foule de tableaux morbides, rangés par les médecins des pays tropicaux sous la rubrique des affections malariales, l'identité étiologique avec l'intermittente commune n'est nullement établie. Les *symptômes* de ces formes sont également ceux d'une infection générale grave, avec accompagnement, soit de manifestations gastro-intestinales prédominantes, soit de symptômes nerveux intenses (coma, délire, convulsions), soit d'ictère, d'hémorragie rénale, de la diathèse hémorragique généralisée ou d'affections locales de nature diverse (pneumonie, néphrite, abcès du foie et de la rate, etc.) La *fièvre* est forte, mais ne présente jamais de périodicité apyrexique régulière ; au contraire, elle persiste avec des allures rémittentes ou presque continues pendant une à deux semaines. Les formes légères peuvent se terminer par la guérison au bout de 8 à 14 jours, mais fréquemment, après ce laps de temps ou plus tôt encore, la mort arrive.

4. **Cachexie paludéenne chronique.** Dans les contrées à malaria proprement dites, il se déclare souvent, tant chez les personnes qui ont payé leur tribut à la fièvre intermittente franche et à la fièvre rémittente, que chez celles qui n'ont jamais eu d'accès aigu, des états morbides chroniques à aspect varié, qui dépendent d'une infection palustre invétérée. Ces malades ont d'habitude une teinte paludéenne prononcée tirant sur le jaune. Ils présentent presque toujours une intumescence splénique nettement appréciable. Cependant ils n'ont presque jamais de vrais accès fébriles, mais ils accusent simplement les symptômes d'une faiblesse générale, de l'anorexie, des nausées, de la tendance à la diarrhée, rarement à la constipation, de l'obtusion cérébrale, de l'insomnie, des sueurs fréquentes, des douleurs musculaires et articulaires, de la dyspnée, des palpitations, etc. Parfois ces symptômes s'accroissent davantage. Des *phénomènes* plus graves se produisent du côté du système *nerveux*, comme le tremblement, les paralysies, les troubles mentaux, ou bien des *symptômes intestinaux* et l'ictère. L'*hydropisie* se développe à son tour, et on observe des *hémorragies* nasales, cutanées, et des signes scorbutiques. La *rate* et le *foie* forment lentement de grandes tumeurs, fortement pigmentées. En outre, il existe parfois une fièvre irrégulière, tantôt intermittente, tantôt rémittente. Finalement, des

maladies secondaires peuvent se surajouter, comme la tuberculose, la dégénérescence amyloïde, la dysenterie, auxquelles le malade succombe. Les formes légères sont susceptibles de guérison, mais seulement quand le malade peut s'exiler complètement de la contrée à malaria.

5. **Fièvre larvée.** On désigne sous ce nom des cas dans lesquels, *en l'absence de fièvre*, certains *autres états morbides* se montrent sous forme d'*accès régulièrement intermittents*. A cette classe appartiennent d'abord un grand nombre de *névralgies*, principalement celle de la branche frontale, plus rarement celle des autres branches du nerf trijumeau, la névralgie du nerf sciatique, du nerf crural, des nerfs du bras, etc. On observe aussi des *cardialgies* et des *entéralgies* à type intermittent. Ces accès durent d'une demi-heure à plusieurs heures, sont fréquemment associés à toutes sortes de troubles de l'état général, et se passent, comme nous avons dit, sans fièvre. La rate en ce cas est souvent gonflée, ce qui n'est pas sans importance au point de vue diagnostique ; parfois aussi l'intumescence de la rate fait entièrement défaut.

Outre les névralgies, on a décrit comme intermittentes larvées, une foule d'états morbides périodiques d'une autre nature, par exemple, des anesthésies, des convulsions, des paralysies, puis des hémorragies intermittentes, des œdèmes, des affections cutanées, des symptômes intestinaux. Disons toutefois que dans la description de ces cas morbides qui sont parfois très étranges, on n'a pas toujours procédé avec l'esprit critique nécessaire ni prouvé qu'ils relèvent réellement de la malaria.

Diagnostic. Le diagnostic d'une fièvre intermittente, dans une contrée surtout où les cas de malaria sont relativement rares, est, au premier examen, parfois très difficile. Le commémoratif ne donne pas toujours les renseignements nécessaires, et, soit qu'on voie le malade pour la première fois dans la période apyrétique ou qu'on l'examine pendant le stade fébrile lui-même, on ne songe pas d'emblée à la véritable nature du mal. En tenant le malade en observation, la périodicité des accès, concurremment avec le gonflement de la rate, la coloration caractéristique de la peau et l'herpes, mettent d'ordinaire facilement et sûrement sur la voie du diagnostic. Il peut arriver pourtant qu'une fièvre intermittente en impose dans le principe pour une fièvre paludéenne et que dans la suite se démasque une affection d'une nature toute différente. C'est ainsi notamment que beaucoup de pyémies à origine latente, telles que la phlébite purulente, l'endocardite ulcéreuse aiguë, même la tuberculose donnent lieu à des erreurs. Qu'on se garde surtout de poser prématurément le diagnostic d'une « fièvre intermittente », puisque, comme nous l'avons appris par notre expérience person-

nelle, des cas pareils laissent presque toujours voir plus tard qu'ils appartiennent à un ordre de choses tout différent. Dans les cas douteux, indépendamment de l'appréciation consciencieuse de tous les symptômes et de l'investigation objective la plus minutieuse, l'action thérapeutique de la quinine sert aussi de pierre de touche au diagnostic (v. plus bas). Si une fièvre intermittente intense ne se ressent pas ou guère de l'action de grandes doses de quinine, on doit toujours mettre en doute le diagnostic supposé d'une intermittente paludéenne.

Traitement. L'infection malariale est une des rares maladies qu'on combat directement avec certitude de succès. Nous possédons dans la quinine un moyen qui agit vraisemblablement sur l'agent fébrigène lui-même et dont l'efficacité thérapeutique est absolument incontestée. La quinine est donc le remède souverain, souvent le seul usité dans toutes les formes de la malaria. Dans la forme légère de la fièvre intermittente, la seule qui se présente chez nous, on ne donne ordinairement pas le remède aussitôt que le malade entre en traitement. Il est fort à conseiller, ce qui dans la plupart des cas ne saurait nuire aux malades, d'attendre un ou deux accès, en partie pour rendre le diagnostic tout à fait sûr, en partie pour connaître le type des accès (quotidien ou tierce, antéponent ou régulier). Pendant l'accès même un traitement spécial est d'ordinaire inutile. Les malades doivent naturellement garder le lit, être tenus chaudement pendant le frisson et plus fraîchement pendant le stade de chaleur. Pendant l'apyrexie ils peuvent, s'ils se sentent assez forts, quitter le lit avec prudence. *Cinq à six heures environ avant l'arrivée présumée du nouvel accès, on donne la quinine, et de préférence une grande dose de 1,50 à 2,00 grammes en solution ou en cachets de 1/2 gramme de poudre.* Si l'on donne la quinine sous forme de poudre, il est convenable de faire prendre après, quelques gouttes d'acide chlorhydrique pour faire dissoudre plus aisément la quinine dans l'estomac. Souvent par une seule forte dose de quinine l'accès prochain est supprimé. En d'autres cas, il revient tout de même, mais avec des malaises subjectifs moindres, sans frisson et avec moins de fièvre. On doit alors renouveler la dose de quinine pour prévenir l'accès subséquent. Si l'accès n'a pas lieu, on administre encore pendant plusieurs jours 0,5 de quinine. Alors encore, même après quelques semaines, il peut se déclarer des *récidives* dont la quinine de nouveau fait promptement justice.

Parmi les autres préparations de quinquina, il n'y a que la *conchinine* qui possède, d'après nos expériences, la même action que la quinine. Elle est moins chère de moitié et se prescrit exactement de la même façon. Elle a le tort de faire vomir plus facilement que la quinine. Toutes les autres

préparations de quinquina (chinoïdine, cinchonine, etc.) sont beaucoup plus incertaines dans leur action.

Dans les intermittentes pernicieuses, dans les formes larvées, dans les fièvres rémittentes et continues, dans la cachexie paludéenne, la quinine à doses suffisamment grandes, est aussi le remède capital. Contre la fièvre pernicieuse, l'injection directe de la quinine dans une veine est parfois en état de sauver la vie (BACCELLI). Dans tous les cas à longue durée, il est en outre de la plus grande importance que le malade, s'il y a quelque possibilité, abandonne complètement le pays des miasmes; parfois c'est ainsi seulement qu'on peut éviter les récidives et obtenir un entier rétablissement.

Dans les cas invétérés, où la quinine souvent n'agit plus, l'*arsenic* passe pour le remède souverain. On l'emploie principalement dans la cachexie palustre et les névralgies intermittentes, seul ou combiné au fer. On donne journellement deux ou trois fois de cinq à huit gouttes de la solution de FOWLER dans de l'eau, ou mieux encore des pillules de 0,002 ou 0,003 d'acide arsénieux, en augmentant graduellement de manière à administrer par jour jusqu'à 10 à 12 mgr. Remarquons en passant que l'arsenic a de plus une valeur prophylactique, puisque par son usage prolongé la disposition à l'infection paludéenne semble s'éteindre. Disons encore pour terminer qu'une *décoction de citron* (un citron coupé en petits morceaux, bouilli dans trois verres d'eau jusqu'à réduction au tiers) est un remède populaire en Italie contre la cachexie paludéenne et que les médecins de ce pays le vantent beaucoup. — Nous omettons une foule d'autres remèdes préconisés contre la malaria (l'eucalyptus, la pipérine, la pilocarpine, la berbérine et le reste), parce qu'on peut s'en passer tout à fait.

Dans le traitement des *formes graves de la malaria*, on emploie outre la quinine beaucoup de *remèdes symptomatiques* dont il est impossible de faire l'énumération détaillée. Les symptômes sévères du côté des nerfs, des intestins, des poumons, des reins, l'hydropisie, l'anémie doivent être traités conformément aux règles généralement en usage.

CHAPITRE QUINZIÈME.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE.

(Typhus cérébro-spinal.)

Étiologie. La méningite cérébro-spinale épidémique n'est connue que depuis le commencement de ce siècle. C'est au sud de la France et à Genève que les premières épidémies furent observées. Des épidémies de