

ÉTIOLOGIE. — On rapproche souvent la suette des fièvres éruptives en se basant sur l'existence d'une éruption généralisée, mais les différences entre ces maladies sont plus nombreuses que les analogies; la suette n'est pas contagieuse, elle ne donne pas l'immunité, elle atteint surtout les adultes et règne plus volontiers dans les campagnes, dans les villages que dans les villes; enfin, l'éruption de miliaire manque souvent; la suette paraît se développer sous l'influence d'un miasme d'origine tellurique qui n'a pas besoin d'être élaboré par l'organisme humain. Une température moyenne et une grande humidité favorisent l'éclosion des épidémies de suette.

DESCRIPTION. — Les sueurs se produisent dès le début avec une abondance si remarquable qu'elles ont mérité de donner leur nom à la maladie; elles pénètrent les draps, les couvertures, les matelas; Gaillard cite l'observation d'un malade qui en deux jours mouilla soixante-cinq chemises! En même temps les malades éprouvent de la céphalalgie sus-orbitaire, ils se plaignent d'une sensation de constriction très-pénible à la base de la poitrine et de violentes palpitations de cœur avec tendance aux lipothymies et à la syncope. La face est injectée, la soif vive; l'urine rare, très-chargée, provoque quelquefois de la dysurie; la constipation est la règle. Nous n'avons pas de renseignements exacts sur la marche de la température; Grisolle parle seulement de paroxysmes fébriles qui n'ont rien de régulier dans leur retour.

Du deuxième au troisième jour des picotements violents se font sentir sur tout le corps, les membres sont le siège de douleurs plus ou moins vives, surtout au niveau des articulations, enfin on voit apparaître l'éruption de miliaire caractérisée par une multitude de petites taches roses au centre desquelles se trouve une vésicule analogue aux sudamina; parfois les taches roses font défaut, de là deux variétés: la *miliaire rouge* et la *miliaire blanche*. L'éruption commence en général sur la face antérieure du tronc, de là elle gagne le dos et les membres; la face est presque toujours respectée (Grisolle). La confluence de la miliaire est telle, dans certains cas, que la peau offre une couleur rouge uniforme ou par larges plaques.

Les sueurs diminuent quand l'éruption est complète. Vers le troisième jour de l'éruption la peau pâlit, les vésicules se vident et s'affaissent, la fièvre tombe et avec elle disparaissent l'oppression et le malaise. Bientôt la peau se désquame.

La convalescence est en général assez longue.

Il s'en faut que la maladie se présente toujours sous cette forme régulière; les variétés sont nombreuses, ainsi qu'on peut s'en assurer en parcourant les relations des épidémies de suette; tantôt les sueurs sont peu abondantes, tantôt l'éruption de miliaire fait défaut; tantôt, enfin, les symptômes nerveux: constriction douloureuse de la base du thorax, oppression, anxiété, lipothymies, secousses convulsives, délire, stupeur, prennent une importance exceptionnelle et impriment à la maladie un caractère particulier. La suette se combine parfois avec d'autres maladies: fièvres éruptives, fièvres palustres, typhus, choléra, et donne lieu ainsi à des types morbides complexes; elle n'a aucune lésion anatomique constante.

DIAGNOSTIC. — Les sueurs excessives, la constriction épigastrique et l'éruption miliaire sont les principaux caractères de la suette. L'éruption miliaire est facile à distinguer des éruptions de la rougeole et de la scarlatine qui sont des exanthèmes; dans la scarlatine une éruption miliaire complique assez souvent l'exanthème, mais l'existence de l'angine scarlatineuse, la fièvre vive, la rougeur si intense de l'exanthème, et d'autre part l'absence de sueurs abondantes et d'anxiété précordiale ne laissent pas en général place au doute.

Le pronostic varie suivant les épidémies qui sont tantôt très-bénignes et tantôt très-graves. Tous les auteurs qui ont observé la suette s'accordent à dire que peu de maladies sont aussi perfides; tel malade dont l'état paraissait satisfaisant meurt tout à coup de syncope ou bien il est pris de délire et de convulsions. Les accès de constriction thoracique répétés et prolongés, le délire, les convulsions, la tendance aux lipothymies et à la syncope annoncent presque toujours une terminaison fatale.

TRAITEMENT. — Les émissions sanguines générales ou locales sont contre-indiquées; l'ipéca a donné dans quelques épidémies d'excellents résultats. Les révulsifs (sinapismes, vésicatoires) soulagent l'oppression. Il faut éviter tout ce qui augmente la tendance à la sudation et combattre les préjugés populaires qui règnent à ce sujet.

RAYER. Histoire de l'épidémie de suette qui a régné en 1821 dans le département de l'Oise. Paris, 1822. — PARROT. Histoire de l'épidémie de suette miliaire dans la Dordogne, 1843. — FOUART. De la suette miliaire, de sa nature et de son traitement, 1854. — ORILLARD. Relation de l'épidémie de Poitiers (1^{er} bulletin de la Soc. de méd. de Poitiers). — GRISOLLE. Traité de pathologie interne. — RAPP. Considérations sur quelques points litigieux de l'histoire de la suette miliaire, thèse, Strasbourg, 1867. — A. LAVERAN. Traité des maladies des armées, p. 675.

CHOLÉRA.

Le mot *choléra* est très-ancien, on le trouve dans Hippocrate; Aretée, Celse, C. Aurelianus, Forestus, Rivière, Fr. Hoffmann, Sydenham l'emploient aussi, mais il est facile de voir que la maladie qu'ils décrivent sous ce nom ne ressemble nullement au *choléra vrai* ou *choléra indien*. Le choléra des anciens auteurs correspond à ce que nous désignons aujourd'hui sous les noms de *choléra simple*, *choléra nostras*, *choléra sporadique*, c'est-à-dire à une affection qui diffère considérablement du choléra vrai, tant par sa bénignité que par son étiologie et son caractère saisonnier. A propos du diagnostic nous aurons à revenir sur les différences qui existent au point de vue symptomatique entre ces deux maladies. Le mot *choléra* employé seul désigne toujours le choléra vrai ou choléra indien.

La plupart des auteurs admettent que le choléra, endémique depuis longtemps dans l'Inde, sortit pour la première fois de son foyer en 1818. Il se répandit sur une partie de l'Asie et s'arrêta aux portes de l'Europe, à Astrakan (1823); mais une nouvelle épidémie ne tarda pas à se produire et cette fois son extension ne connut plus de bornes. A plusieurs reprises le choléra a parcouru le monde entier, faisant partout un grand nombre de victimes et frappant de terreur les populations; l'histoire de ces épidémies présente un grand intérêt au point de vue du mode de propagation du choléra.

Première grande épidémie (1830-1837). Le choléra, après avoir envahi la Perse, la Syrie et l'Arabie, gagna les bords de la mer Caspienne; d'Astrakan l'épidémie s'étendit rapidement à Moscou et dans une grande partie de la Russie, en Pologne où elle fut importée par l'armée russe (1831), puis dans toute l'Allemagne. De Hambourg, le choléra gagna Sunderland (1831) et Edimbourg (1832). L'Angleterre, grâce à ses nombreuses relations commerciales, devint alors le centre de l'expansion épidémique; c'est ainsi que le choléra fut importé en France par Calais (15 mars 1832), en Portugal et en Amérique. Le 26 mars 1832 le choléra éclatait pour la première fois à Paris; 52 départements furent atteints et 100 000 personnes succombèrent en France seulement. De Marseille le choléra fut importé en Algérie.

Deuxième grande épidémie (1848-1851). La marche de la deuxième grande épidémie est calquée sur celle de la première: le

choléra éclate dans l'Inde (1841-1842), il s'étend à l'est, puis à l'ouest, gagne la Perse, les bords de la mer Caspienne et s'introduit de nouveau en Europe par Astrakan; de là il gagne Moscou, Saint-Pétersbourg (1848), Berlin (1848), l'Autriche, la Hollande, l'Angleterre, la France où il pénètre encore par les ports de la Manche, Paris (1849); 54 départements furent atteints cette fois et 110 000 personnes succombèrent en France. De Marseille le choléra fut importé en Algérie, et d'Angleterre en Amérique par des émigrants irlandais.

Ce sont surtout ces premières grandes épidémies qu'il faut étudier quand on veut se rendre un compte exact du mode de propagation du choléra; dans les épidémies suivantes, il se forme des foyers secondaires, la maladie qui paraissait éteinte se réveille çà et là sans nouvelle importation de l'Inde, et il est parfois difficile de suivre l'itinéraire compliqué du choléra, tandis que pour les deux premières épidémies cet itinéraire est simple, facile à tracer sur une carte; partout le choléra est accueilli comme une maladie nouvelle, on sait le jour où chaque ville a été envahie à son tour, on connaît les noms des navires qui ont servi au transport du miasme.

Troisième grande épidémie (1852-1855). Cette épidémie est comme une seconde levée de la précédente, il n'y a pas de nouvelle importation du miasme en Europe. Le choléra, qui n'avait pas complètement disparu, se réveille en Silésie (1851), puis s'étend en Prusse, en Suède, en Norvège, en Danemark, en Angleterre et dans les départements du nord de la France (1853), pendant l'année 1854, il règne sur presque toute l'Europe; en France, soixante-dix départements sont atteints et 143 000 personnes succombent. Comme dans les épidémies précédentes, le choléra est importé de Marseille en Algérie et d'Angleterre en Amérique (1854).

Quatrième grande épidémie (1865). En 1865, le choléra éclate à la Mecque et à Médine lors du pèlerinage annuel des Musulmans au tombeau du prophète; 12 à 15 000 pèlerins s'embarquent à Djeddah pour Suez et importent le choléra à Suez et à Alexandrie; alors les nombreux étrangers habitant Alexandrie émigrent vers tous les points de la Méditerranée, ce qui permet à l'épidémie de se généraliser rapidement; la Turquie, l'Italie, l'Espagne et la France sont envahies en même temps; le 23 juillet 1865, le choléra est signalé à Marseille, de là il rayonne sur Avignon, Toulon, Arles, Paris et sur les grands ports de l'Algérie; le nombre des décès n'est cette fois en France que de 14 600.

Contrairement à ce qui s'était produit lors des premières épidémies dans lesquelles le choléra avait été importé par la voie de terre, le nord de l'Europe fut atteint après le midi.

En 1869, 1870, 1872, le choléra, qui n'avait jamais complètement disparu dans le nord de l'Europe et qui semblait vouloir s'y acclimater, prit de nouveau une extension épidémique inquiétante. De la Russie il s'étendit à la Prusse et à l'Autriche; en 1875, la France fut envahie par le Havre et le choléra gagna encore une fois Paris, mais le nombre des victimes fut peu considérable, le miasme cholérique en s'acclimatant semblait avoir perdu son énergie première.

ÉTIOLOGIE. — La marche des épidémies cholériques démontre à elle seule qu'il s'agit bien d'une maladie transmissible, importable, mais nous avons à rechercher encore dans quelles conditions le choléra se développe dans l'Inde, comment s'opère sa transmission et quelles sont les conditions favorables à son extension épidémique.

Le choléra règne presque constamment sur quelques points du territoire de l'Inde; l'existence de ce foyer d'endémicité rend très-probable l'opinion des auteurs qui, avec Jameson et Twining, attribuent le développement du choléra au méphitisme du sol. Le choléra se rencontre dans les villages comme dans les villes, il a sévi maintes fois avec violence sur des troupes en campagne. Les localités basses, humides, marécageuses, les rues étroites et malpropres des villes, sont particulièrement favorables à son développement. De temps à autre l'endémie se transforme en épidémie; les guerres, les grands pèlerinages favorisent l'extension épidémique. D'après Annesley, il y a eu, de 1817 à 1840, 443 épidémies dans l'Inde et 18 millions de victimes!

Pour que le choléra envahisse un pays en dehors de l'Inde, il faut : 1° que le germe ou miasme cholérique soit importé dans ce pays; 2° que le miasme trouve un milieu favorable à son développement. L'importation du miasme se fait généralement par les malades atteints de choléra; les matières fécales paraissent constituer le principal agent de transmission, tandis que le contact des malades eux-mêmes est peu dangereux. C'est en se fondant sur ce dernier fait que quelques auteurs ont nié pendant longtemps la contagion du choléra.

Une fois sortis de l'organisme malade, les germes cholériques paraissent pouvoir se reproduire avec une grande activité; les terrains d'alluvion, perméables à l'eau et aux matières organiques, favorisent

la diffusion des épidémies cholériques, tandis qu'un sol compacte, imperméable, s'oppose à cette diffusion. On s'explique ainsi la persistance avec laquelle le choléra s'est développé dans certaines villes, dans certains quartiers, dans certaines maisons, tandis qu'il épargnait complètement les localités voisines.

D'après Pettenkofer il y aurait lieu de distinguer le *germe cholérique* et le *poison cholérique*; le germe importé dans un terrain favorable donnerait naissance au poison cholérique qui seul aurait le pouvoir de développer le choléra; on ne trouverait dans les selles des malades que le poison cholérique, lequel ne pourrait pas se multiplier dans l'organisme et serait inoffensif pour les personnes qui entourent les malades. Pettenkofer ne dit pas comment le germe est transporté, et il serait imprudent, croyons-nous, d'admettre avec lui que les matières fécales des cholériques ne renferment pas ce germe.

Un grand nombre de faits prouvent que les eaux potables sont un des plus redoutables agents de transmission du choléra lorsqu'elles sont souillées par les déjections des malades; la terrible épidémie qui ravagea le district de Golden-Square à Londres fut produite par l'eau d'une pompe publique située dans Broad-Street, tous ceux qui avaient bu de l'eau de cette pompe furent atteints. Les effets, les linges souillés par les déjections cholériques peuvent servir également à la transmission; les femmes employées dans les buanderies, dans les lavoirs, sont particulièrement exposées en temps d'épidémie.

DESCRIPTION. — Dans les formes moyennes et graves du choléra on peut distinguer les trois périodes suivantes : 1° période prodromique; 2° période algide; 3° période de réaction.

1° *Période prodromique*. Elle est caractérisée par la diarrhée qui a reçu le nom de *diarrhée prémonitoire*; les accidents débütent le plus souvent la nuit par des coliques suivies d'évacuations abondantes, fécaloïdes d'abord, puis aqueuses ou bilieuses; il y a peu ou point de douleurs, pas de ténésme. Bon nombre de malades conservent au début l'appétit et les forces, ils continuent à vaquer à leurs occupations, et comme les selles contiennent déjà le germe spécifique, ces malades contribuent puissamment à la dissémination du choléra.

Lorsque la diarrhée cholérique est très-intense ou lorsqu'elle persiste pendant plusieurs jours, les malades éprouvent de la fatigue, de la brisure des membres inférieurs, des vertiges, des frissons,

de la torpeur intellectuelle et bientôt le choléra se confirme.

La diarrhée prémonitoire se rencontre dans les deux tiers des cas au moins; comme M. J. Guérin l'a fait observer dès 1832, ce fait a une grande importance au point de vue pratique, car en traitant convenablement cette diarrhée, on peut souvent prévenir l'attaque de choléra.

2^o *Période algide.* Les déjections alvines, plus abondantes encore que dans la période précédente, changent de caractère; elles sont constituées par un liquide incolore, n'ayant pas l'odeur fécaloïde et tenant en suspension des flocons blanchâtres qui sont des débris épithéliaux; on a donné à ces selles, dont l'aspect est caractéristique, le nom de *selles riziformes*. En même temps surviennent des vomissements qui s'accompagnent de crampes stomacales douloureuses, les malades ont une soif ardente, la langue est blanche, humide, le ventre est affaissé et donne à la main une sensation d'empâtement, les urines se suppriment. Les extrémités sont froides, le pouls, de plus en plus petit, finit par disparaître à la radiale; des crampes siégeant en particulier dans les mollets constituent le symptôme le plus douloureux. Les traits sont tirés, en quelques heures les malades deviennent méconnaissables: le nez s'effile, les joues se creusent, les yeux cerclés de noir s'enfoncent dans les orbites, la voix s'éteint, l'intelligence s'obnubile. Les évacuations diminuent souvent de fréquence à la fin de la période algide, néanmoins le refroidissement continue, toutes les parties extérieures sont comme glacées; la température de la bouche, des mains et des pieds tombe à 10 ou 12 degrés au-dessous de la normale, tandis que celle des parties centrales est peu modifiée ou s'élève même de plusieurs degrés; les ongles noircissent, les pieds et les mains se couvrent de marbrures noirâtres, une teinte violacée s'étend des extrémités à toute la surface du corps; le pouls, qui avait disparu à la radiale, cesse de battre à l'humérale, à la crurale et même dans les carotides; les bruits du cœur sont sourds, éloignés, souvent on ne perçoit que le deuxième. La respiration est fréquente, pénible, la difficulté avec laquelle le sang circule dans les poumons rend l'hématose très-difficile et très-incomplète. A la fin de cette période les malades sont plongés dans un calme apathique, ils n'ont pas conscience de la gravité de leur état; lorsqu'on les interpelle ils tournent lentement les yeux vers la personne qui leur parle, répondent quelques mots, puis retombent dans une immobilité presque cadavérique. Cette période de collapsus est précédée quelquefois par

une période d'agitation pendant laquelle les malades cherchent à se lever et prononcent des paroles sans suite.

Lorsque l'algidité est arrivée à ce degré elle se termine par la mort dans les trois quarts des cas; les sens s'obscurcissent, la voix s'affaiblit et s'éteint, la somnolence augmente, les mouvements respiratoires se ralentissent et deviennent irréguliers, la cyanose augmente, enfin la mort arrive ou plutôt elle s'achève.

3^o *Période de réaction.* Lorsque la mort ne survient pas dans l'algidité, au bout d'un temps variable suivant les cas, on voit se produire des symptômes d'amélioration; comme le réchauffement de la peau des extrémités est un des principaux signes de cette période et que la température monte souvent au-dessus de la normale, on lui a donné le nom de *période de réaction*.

Le réchauffement de la peau aux extrémités, la disparition de la cyanose, un pouls plus fort, une diurèse de plus en plus abondante, tels sont les symptômes qui annoncent le début de la réaction; quand la réaction est *régulière*, toutes les fonctions enrayées pendant la période algide se rétablissent rapidement et le malade entre en convalescence au bout de quelques jours.

La réaction peut être *irrégulière*, soit parce qu'elle est incomplète et que les malades, après avoir présenté quelques symptômes d'amélioration, retombent dans l'état algide, soit au contraire parce qu'elle dépasse le but, pour ainsi dire; une fièvre vive s'allume et se complique de symptômes nerveux avec tendance à l'adynamie ou à l'ataxie.

Formes irrégulières. Elles se divisent naturellement en formes légères et en formes graves.

Les formes légères peuvent être caractérisées uniquement par de la diarrhée, plus souvent les malades ont de la diarrhée, des vomissements et quelques crampes, mais ces accidents cèdent rapidement. Cette forme abortive a reçu le nom de *cholérine*.

Le choléra peut tuer en quelques heures par suite d'une véritable sidération de l'organisme; le *choléra foudroyant* a été observé assez souvent aux Indes. A Jessore, en 1817, on voyait des hommes pleins de santé tomber étourdis dans la rue et succomber quelques instants après. Ces formes sont rares dans les épidémies européennes; on a donné par extension le nom de choléra foudroyant aux cas qui se terminent par la mort dans l'espace de quelques heures.

On a encore décrit une forme de *choléra sec*, dans laquelle les évacuations alvines font défaut; l'exsudation intestinale se produit

dans ces cas, seulement par suite de la paralysie des parois de l'intestin, le liquide n'est pas rejeté au dehors.

Accidents et complications. Chez les malades qui ont eu des attaques graves de choléra on observe la même tendance aux phlegmasies que chez les typhoïdiques; on voit survenir des pneumonies à marche insidieuse, des parotidites, des méningites, des abcès sous-cutanés, quelquefois aussi des gangrènes. La convalescence, qui est longue, se complique souvent de dyspepsie, de diarrhée rebelle, quelquefois de paralysies et de troubles de l'intelligence.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Chez les sujets qui ont succombé dans l'algidité, la température du corps s'élève souvent après la mort. Le même fait a été noté dans le tétanos.

Les lésions anatomiques les plus intéressantes portent sur le tube digestif, particulièrement sur la dernière portion de l'intestin grêle: la paroi intestinale est épaissie et comme infiltrée de sérosité, sa surface péritonéale a une teinte rosée et sa surface muqueuse une teinte *hortensia* (Broussais), due à l'injection du réseau veineux sous-muqueux. La muqueuse est recouverte d'une matière blanchâtre, analogue à celle qui se trouve en suspension dans les selles riziformes, constituée par l'épithélium desquamé à l'état de cellules isolées ou réunies par lambeaux (Ch. Robin).

Les plaques de Peyer sont saines, mais les follicules clos hypertrophiés forment de légères saillies à la surface de l'intestin. Petit et Serres, qui ont bien décrit cette altération signalée en premier lieu par Bouillaud, ont comparé l'intestin des cholériques à la peau des galeux, d'où le nom de *psorentérie*, qu'ils voulaient donner à la maladie et qui est resté à la lésion. La psorentérie se retrouve dans un grand nombre de maladies: scarlatine, variole, méningite cérébro-spinale, etc.; elle ne constitue donc pas, comme on l'a cru pendant quelque temps, une lésion caractéristique du choléra, elle n'est même pas constante chez les cholériques. La rate est petite, ridée à sa surface.

Les méninges et les centres nerveux cérébro-spinaux sont injectés.

À la surface du péritoine et des plèvres on trouve un enduit visqueux. L'épithélium rénal est granuleux et en voie de desquamation.

Chez les sujets morts pendant la période de réaction les lésions sont variables; d'une façon générale on peut dire que ce sont les lésions inflammatoires qui prédominent: gastro-entérite donnant lieu parfois à la production d'ulcérations et d'exsudats fibri-

neux, cholécystite, néphrite interstitielle, pyélite, cystite avec exsudats inflammatoires, pneumonie, bronchite, endocardite, artérite, méningite, etc.

DIAGNOSTIC. — Il est généralement facilité par l'épidémicité de la maladie; des selles profuses, aqueuses, s'écoulant sans ténesme, caractérisent la diarrhée prodromique; les selles riziformes, les vomissements, les crampes, l'algidité, la cyanose, la petitesse ou la disparition du pouls à la radiale, l'anurie, ne permettent pas de méconnaître la période algide du choléra. Cet état présente cependant des analogies incontestables avec celui des malades atteints de choléra simple ou de fièvre pernicieuse cholérique; on peut aussi le confondre avec certains empoisonnements.

Le choléra simple est une affection saisonnière de l'été et de l'automne, qui ne s'observe que sur un petit nombre de personnes et qui ne présente pas de gravité; dans le choléra simple la diarrhée est séreuse, bilieuse, non riziforme, ce qui tient à ce que l'épithélium intestinal ne se desquame pas comme dans le choléra vrai; on n'observe pas la réaction qui suit la période algide dans le choléra indien, les malades sont guéris dès que les évacuations cessent, ce qui arrive presque toujours dans l'espace de vingt-quatre heures.

La pernicieuse cholérique est très-difficile à différencier du choléra dans les pays où les deux maladies règnent simultanément comme en Cochinchine. Le sulfate de quinine fournit un bon moyen de diagnostic, car il guérit souvent les accès pernicieux, tandis qu'il est sans aucune efficacité dans le choléra.

L'empoisonnement par le tartre stibié a une si grande ressemblance avec le choléra, qu'il a été décrit par quelques auteurs sous le nom de *choléra stibié*; l'empoisonnement aigu par l'arsenic ou par le sublimé a aussi des analogies avec le choléra; dans ces cas il existe des lésions de la bouche et des lèvres, les vomissements sont douloureux, accompagnés d'une sensation de brûlure à l'épigastre et dans la bouche, ils précèdent les selles diarrhéiques, contrairement à ce qui arrive dans le choléra; les selles sont moins abondantes et ne prennent pas l'aspect riziforme; dans les cas où le diagnostic paraît douteux, on doit faire recueillir les matières vomies et les soumettre à un examen chimique.

PRONOSTIC. — Parmi les symptômes les plus défavorables au point de vue du pronostic, il faut citer: la violence des crampes, l'agitation, l'anxiété, le collapsus profond avec relâchement des sphincters, la fréquence du pouls ou son absence à la radiale, l'anu-

rie, la tendance à retomber dans l'algidité au moment de la réaction, enfin le coma, le délire, les convulsions qui présagent toujours la mort.

Au début des épidémies cholériques la mortalité est en moyenne de 50 à 60 pour 100, quelquefois même elle dépasse ces chiffres, tandis qu'à la fin les cas légers dominant et la mortalité diminue notablement. Les enfants et les vieillards, les individus affaiblis, mal nourris, atteints de maladies chroniques ou d'alcoolisme succombent dans une très-forte proportion.

PROPHYLAXIE. TRAITEMENT. — Nous avons vu que deux choses étaient nécessaires au développement des épidémies cholériques : 1° l'importation du germe spécifique, du miasme cholérique; 2° un milieu favorable au développement de ce germe; autrement dit : *la graine et le terrain*. Les mesures prophylactiques devront donc avoir pour but : 1° d'empêcher l'importation; 2° d'écartier toutes les conditions favorables au développement et à la dissémination du germe cholérique, quand on n'aura pas pu s'opposer à son importation.

Si le choléra était toujours importé en Europe par la voie de mer, comme la fièvre jaune, on pourrait se fier aux quarantaines pour écarter de nouvelles épidémies; malheureusement la voie de terre lui est également ouverte, il l'a suivie lors des deux premières grandes épidémies et la pratique a démontré que les cordons sanitaires établis sur les frontières des pays menacés étaient tout à fait illusoire; de plus, le choléra tend à s'acclimater en Europe, il est dans la place dont on cherche à lui fermer l'entrée; à plusieurs reprises déjà, il s'est réveillé de ses cendres et a pris une grande extension épidémique sans importation directe. Les mesures quaranténaires, adoptées par la plupart des nations européennes, ont cependant leur utilité, car le germe cholérique, par son acclimatement en Europe, semble perdre de son activité, tandis qu'une importation directe se faisant par la voie de mer, aujourd'hui si rapide, pourrait nous faire assister à des désastres analogues à ceux des premières grandes épidémies.

Lorsque le choléra règne dans un pays, il faut défendre les grands rassemblements : foires, pèlerinages, etc., qui favoriseraient la dissémination des épidémies. On prendra toutes les mesures d'hygiène générale concernant la propreté des villes; les cholériques seront isolés dans un hôpital spécial, et on surveillera avec grand soin la désinfection des matières fécales provenant des malades, ainsi que celle

des effets de couchage souillés par les déjections. Il est bon de soumettre à l'ébullition l'eau qui sert à la boisson ou de n'employer que les eaux minérales dites de table.

En temps d'épidémie cholérique l'hygiène individuelle a une grande importance, on évitera les excès, les fatigues de toute sorte, les moindres indispositions seront traitées rapidement, surtout s'il s'agit de diarrhées. Le public doit être prévenu de l'importance qu'il y a à soigner la diarrhée prémonitoire sans attendre que le choléra se confirme.

Il n'y a pas de spécifique contre le choléra; le médecin en est réduit ici comme dans la plupart des maladies à une médication symptomatique. C'est surtout dans la diarrhée prodromique que l'intervention médicale est efficace; le malade gardera le lit, il restera à la diète et on lui ordonnera du sous-nitrate de bismuth ou une préparation opiacée; le laudanum (12 à 15 gouttes dans une cuillerée d'eau sucrée) est d'une administration facile et d'une efficacité incontestable.

Au début de la période algide les préparations opiacées rendent encore des services; on prescrira, en outre, contre les vomissements et pour calmer la soif, de la glace et des boissons gazeuses ou stimulantes comme le thé au rhum qui favorise la réaction. Les malades seront frictionnés avec des liniments opiacés ou chloroformés; ces frictions ont le double avantage de favoriser la circulation périphérique et de diminuer les douleurs occasionnées par les crampes.

On a pratiqué chez quelques malades algides des injections d'eau dans les veines; Lorain a obtenu un succès par cette méthode qu'on est autorisé à employer dans les cas extrêmes; il faut bien se dire cependant qu'on ne remédie de cette façon qu'à une des suites du choléra : *la concentration du sang*, tandis que le miasme cholérique semble agir sur l'organisme tout entier et qu'il peut amener la mort avant même que la concentration du sang ait eu le temps de se produire.

Dans la réaction régulière on se contentera de surveiller les malades et d'écartier toutes les causes qui pourraient amener une rechute; si la réaction s'arrête on cherchera à stimuler l'organisme, si au contraire elle dépasse le but et si elle s'accompagne de localisations inflammatoires sur différents appareils, on traitera ces localisations sans oublier que l'on a affaire à un cholérique et que des

rechutes peuvent se produire; on évitera les déplétions sanguines abondantes, ainsi que les purgatifs.

BRIQUET et MIGNOT. Traité pratique et analytique du choléra morbus. Paris, 1850. — DESNOS. Art. Choléra, in Nouv. Dictionn. de méd. et de chir. pratiques, 1867. — LORAIN. Le choléra observé à l'hôpital Saint-Antoine. Paris, 1868. — FAUVEL. Le choléra, étiologie et prophylaxie. Paris, 1868. — E. BESNIER. Contrib. à l'étude des épidémies du choléra (Soc. méd. des hôpitaux, 1873). — THOLOZAN. Origine nouvelle du choléra asiatique. Paris, 1873. — Discussion sur le choléra à l'Académie de médecine, 1873. — L. LAVERAN. Article Choléra, in Dictionn. encyclop. des sc. médicales, 1874. — RENAULT et KELSCH. Anatomie pathologique du choléra (Progrès médical, 1874). — LEBERT. Article Choléra de la Pathologie de Ziemssen, 1874, t. II, p. 344. — PROUST, GRIESINGER, A. LAVERAN. *Op. cit.*

GRIPPE.

Synonymie : *influenza*, *catarrhe épidémique*.

La grippe est une maladie générale, épidémique, qui dans le langage médical doit être bien distinguée du coryza, de la laryngite et de la bronchite simples avec lesquels le vulgaire la confond.

La première grande épidémie de grippe date de 1580, elle s'étendit à l'Europe entière; à partir de ce moment les épidémies se succèdent rapidement, envahissant toujours de très-grandes étendues de pays et faisant à plusieurs reprises le tour du monde. Les dernières grandes épidémies sont celles de 1830, de 1833; l'épidémie de 1837, étudiée à Paris par Bouillaud, Piorry, Récamier, Grisolle et Nonat, et à Dublin par Graves; enfin celle de 1860, décrite par Forget, à Strasbourg. Depuis 1860, la grippe n'a plus donné lieu qu'à des épidémies partielles.

ÉTIOLOGIE. — Le début des épidémies de grippe a coïncidé quelquefois avec des variations brusques de température, mais, comme Holland, Graves et Raige-Delorme le font observer, ces variations se produisent souvent sans entraîner l'apparition de la grippe; les épidémies de grippe se sont développées, du reste, dans toutes les saisons et dans tous les climats.

La rapidité avec laquelle se propagent les épidémies de grippe exclut l'idée d'importation par l'homme; au lieu de suivre les grandes voies de communication, comme la peste et le choléra, la grippe se répand capricieusement sans obéir à aucune loi connue; dans quelques épidémies, elle a marché de l'est à l'ouest, mais les exceptions à cette règle sont très-nombreuses. Voici quelques exemples de la rapidité avec laquelle s'étendent ces épidémies : lors

de l'épidémie de 1833, c'est à peine s'il s'écoula quelques jours d'intervalle entre les apparitions successives de la grippe à Moscou, à Odessa, à Alexandrie et à Paris; la grippe de 1847 eut une marche plus rapide encore : du mois de janvier au mois de septembre elle régna successivement en Espagne, à Terre-Neuve, à la Nouvelle-Zélande, à Valparaiso, en Syrie, sur la côte occidentale d'Afrique, enfin à Hong-Kong.

Quand la maladie envahit une ville, elle ne donne pas lieu, comme la plupart des maladies contagieuses, à un foyer d'abord limité qui rayonne peu à peu sur les autres quartiers; dans l'espace de quelques heures plusieurs milliers de personnes peuvent subir l'influence épidémique. La maladie atteint tous les âges, toutes les conditions, des populations entières subissent son influence sans que personne y échappe; elle atteint les marins en pleine mer et les oiseaux disparaissent souvent des localités où elle règne, comme si l'air avait des propriétés nuisibles.

On a espéré pendant longtemps que les variations ozonométriques expliqueraient l'apparition de la grippe; Bœckel, à Strasbourg, a constaté que l'ozone, en excès dans l'air, agissait sur les voies respiratoires et donnait lieu à de véritables épidémies de bronchite; mais il existe des faits contradictoires; toute conclusion serait prématurée, de nouvelles recherches sont nécessaires.

DESCRIPTION. — Ce qui caractérise surtout la grippe et ce qui permet de la différencier des affections catarrhales vulgaires, c'est l'intensité des phénomènes nerveux. Les malades se plaignent d'un affaiblissement général avec douleurs vagues et céphalalgie intense : souvent aussi ils éprouvent des vertiges, des nausées et des vomissements; ces symptômes peuvent se montrer en l'absence même de la fièvre. « L'affaiblissement, ce phénomène particulier et remarquable signalé par tous les auteurs, est, dit Raige-Delorme, un des traits les plus distinctifs de la grippe; il se montre non-seulement parmi les prodromes de la maladie lorsqu'elle doit être intense, mais encore dans l'invasion et le cours de cette maladie quand elle est très-légère, quand il y a à peine un mouvement fébrile; il n'est point en rapport avec le reste des symptômes. De plus, cet affaiblissement persiste toujours après que les symptômes principaux ont disparu. » (Art. GRIPPE, *Dictionn.* en 30 vol.)

La maladie débute le plus souvent d'une manière brusque par du malaise accompagné de frissonnements et parfois d'un violent frisson. La fièvre, qui peut manquer complètement, est fort irrégu-