

dix-sept cas de béri-béri, a toujours constaté que les Européens qui en étaient atteints avaient bu de l'eau croupie des jungles.

Les cas de contagion donnèrent un crédit puissant à la théorie parasitaire, et l'on prétendit rencontrer le parasite dans le riz altéré (Lacerda, Arevedo, Peckelharing). On a même prétendu qu'il suffisait de manger du riz ou de boire de l'eau provenant de pays infectés pour être contaminé (épidémie de l'Ancona, 1896). Aussi appliqua-t-on au traitement du béri-béri celui des maladies infectieuses, et l'on proposa même les injections sous-cutanées de solutions iodo-iodurées; de même, au point de vue prophylactique, on désinfectait avec le bichlorure de mercure; et c'est ainsi que sur l'*Abyssinia*, le béri-béri ayant, à deux reprises, atteint les personnes habitant les mêmes cabines, James Alowson fit désinfecter ces cabines, et depuis aucun cas nouveau ne se produisit.

De même, M. Russ, propriétaire des Cocas Kiellmy Islands, voyant tous les ans des épidémies de béri-béri survenir lors de l'arrivée des coolies de Java, fit brûler les vêtements et les maisons des gens qui avaient été atteints, puis examiner les coolies avant leur départ afin d'éliminer les malades, et depuis il n'y eut plus de cas de béri-béri.

Malgré ces preuves, malgré les épidémies observées par Rall, à bord des navires où l'on avait bu de l'eau recueillie à Batavia, il semble néanmoins que la théorie microbienne ne soit plus en faveur, et actuellement on en revient aux idées de Schulte et van Leent, qui regardaient le béri-béri comme une maladie alimentaire analogue au scorbut, qu'on a d'ailleurs vu sévir, concurremment avec le béri-béri, à la prison de Paramaribo, à la suite d'alimentation consistant en riz sec et en poisson salé.

Le traitement déduit de cette théorie consiste donc à augmenter l'alimentation, mais surtout en matières grasses : ainsi à Poulou-Condor où le béri-béri ne s'était jamais montré, où l'on admettait même que l'eau avait des vertus prophylactiques, on voit cependant éclater le béri-béri en 1878, après le départ du colonel de la Brosse, qui nourrissait bien ses prisonniers, alors que son successeur réduisit leur régime au riz. L'inspecteur Lucas fit distribuer du porc et l'épidémie cessa.

En 1899, dans cette même localité de Poulou-Condor, M. Laurent a renouvelé cette expérience qu'il avait déjà faite à Chantaboum, et il put ainsi voir naître et s'éteindre des épidémies de béri-béri, selon que l'on prescrivait ou supprimait le régime alimentaire préconisé par Brémond, c'est-à-dire 250 grammes de porc frais cinq fois par semaine.

D'ailleurs, au Japon où le kak'ké ou béri-béri est endémique, on

a, dans la marine, vu diminuer progressivement les cas de béri-béri à mesure que s'améliorait le régime alimentaire des marins. Ainsi, en 1883, sur cinq mille trois cent quarante-six marins, 23,12 pour 100 étaient atteints de la maladie et l'on comptait quarante-neuf décès; en 1884, la ration étant améliorée, la morbidité tombe à 12,74 et la léthalité à huit décès; en 1885, pas un mort, et quelques cas; de même en 1886; enfin, en 1887, on ne compte ni un décès, ni même un cas (Takaki Kanichero).

Corney a défendu la théorie parasitaire, affirmant que l'insuffisance alimentaire n'était qu'une cause prédisposante, mais qu'il existait un poison spécifique.

Quoi qu'il en soit, il semble qu'actuellement on ait en mains le pouvoir de faire cesser le béri-béri ou même de l'empêcher d'apparaître. C'est ainsi qu'à Chantaboum, après une quinzaine dans laquelle on avait eu trente-trois cas de béri-béri sur une population de deux cent quarante prisonniers, quarante-huit heures après l'application du régime alimentaire du porc frais, plus un seul cas ne se produisit.

Il ne faudra pourtant pas négliger les autres mesures prophylactiques, et, bien que l'on ait à tort accusé l'encombrement de produire le béri-béri, il n'en est pas moins nécessaire d'éviter cet encombrement. De même, on veillera sur la qualité des aliments et des eaux.

**Médication.** — Quant au traitement médicamenteux, on comprend combien il a dû varier selon qu'on accusait la nature rhumatismale ou paludéenne de la maladie, selon qu'on en faisait une myélite ou une névrite périphérique multiple (Scheube).

Les formes diverses du béri-béri (foudroyante, hydropique, paralytique et mixte) demandent des traitements variés selon que tels ou tels symptômes dominant, car le spécifique de la maladie est encore à trouver.

Dans la *forme aiguë*, qui a parfois une très courte durée, les troubles cardiaques et respiratoires dominant la scène, on a préconisé tous les excitants : la caféine, la strychnine, la trinitrine, le nitrite d'amyle, le phosphore. Quelques auteurs ont signalé les bons effets de la saignée contre la dyspnée suraiguë (Becker).

Dans la *forme hydropique*, ce sont les sudorifiques (acétate ou carbonate d'ammoniaque, jaborandi, pilocarpine, scille, digitale, caïna) et les purgatifs surtout drastiques, qui jouent le rôle principal.

Dans la *forme paralytique*, selon que les auteurs accordent la prépondérance à la moelle ou aux nerfs périphériques, on a préconisé les révulsifs sur le rachis (feu, iode, térébenthine, croton, etc.), ou les excitants du système nerveux : phosphore, azotate d'argent, ergot.

Enfin, contre l'atrophie, les frictions, les massages, l'électricité dans ses modalités diverses (statique, galvanique, faradique) ont été recommandés. Dans la forme mixte, qui donne à la thérapeutique le temps d'agir, on emploie les toniques et surtout l'arsenic.

Nous n'insistons pas pour rappeler les médicaments indigènes si nombreux et dont l'action est peu connue, ils varient avec les contrées; aux Indes, c'est le treeak farook; au Brésil, l'andaçu, la fève de lapir, le jubeba, etc.; au Tonkin, le rau-bay et le chim-chim.

Nous n'avons pas plus le droit de nous désintéresser de l'étude du béri-béri que de celle de la peste; car, s'il est démontré que celle-là peut s'implanter sous nos climats, le béri-béri a, lui aussi, à diverses reprises, fait son apparition en Angleterre, sous une forme atténuée, il est vrai, et toujours dans des asiles d'aliénés où la ration alimentaire devait laisser à désirer, où l'encombrement ne faisait pas défaut.

L. CATRIN.

## CHOLÉRA

Les contempteurs des progrès de la thérapeutique ont, il faut l'avouer, beau jeu, quant à ce qui concerne le choléra. Depuis la première apparition du fléau indien en Europe, on doit reconnaître que, si la prophylaxie de cette terrible maladie a donné de brillants résultats, la thérapeutique en est restée à celle de nos pères et de nos grands-pères. Rien de ce que nous faisons actuellement n'est nouveau et nous n'avons rien trouvé de mieux que ce qui se faisait il y a plus de cinquante ans, car même les injections intra-veineuses, qui parurent, dans les plus récentes épidémies, avoir réuni les suffrages des médecins, avaient été tentées en 1830 et 1832, avec une hardiesse que les contemporains n'ont pas dépassée.

Un moment, à la suite des travaux de la Commission Pasteur en Égypte, et surtout après la découverte du bacille komma par Koch, en 1884, on put concevoir des espérances, et à ceux qui demandaient à quoi pouvait servir la découverte du médecin de Berlin, on avait, à cette époque, fièrement répondu: « qu'elle servirait en premier lieu au diagnostic, et, *par suite*, à la thérapeutique. »

Mais, dès 1885, la faillite était patente et l'on pouvait affirmer l'inanité des espérances, vu les échecs nombreux de la médication

antiseptique; aussi, en 1896, dans un remarquable travail sur la thérapeutique du choléra, M. Galliard s'exprime ainsi: « La médication spécifique du choléra doit réaliser deux conditions: 1° la destruction des bacilles; 2° la destruction des toxines. Et comme je conçois difficilement la réalisation de ce double programme thérapeutique, je consens à délivrer, en outre, un brevet de spécificité à la médication qui nous garantira l'élimination absolue des bacilles et des toxines. »

Semmola, tout en étant partisan de la théorie microbienne, avait déjà, en 1885, exprimé ses doutes touchant la possibilité d'édifier sur elle un traitement rationnel, il l'avait même fait en termes un peu excessifs.

Nous en tenant au caractère pratique de ce Manuel, nous ne nous étendons pas sur les poisons solubles du choléra, faisant néanmoins remarquer qu'on en discute encore la nature: alcaloïdes, ptomaines, toxo-peptones, toxalbumines, nitrites, etc.

Nous en serons donc réduits, comme dans toute maladie dont on ne possède pas le spécifique, à la *thérapeutique des médications*, « ce qui n'est pas admettre l'impuissance de cette thérapeutique ».

Il ne faut pas d'ailleurs pousser trop loin le pessimisme, et, s'il est vrai, comme le disait Lasègue après avoir essayé beaucoup de remèdes, qu'il n'en est pas un seul qui semble d'une application assez heureuse pour mériter d'être généralisé, il n'en existe pas moins un certain nombre de procédés ou de médications qui, dans la majorité des cas, sont opportuns et donnent le maximum des succès à espérer.

Nous n'oserons point pourtant toujours citer les statistiques venant à l'appui de l'efficacité de ces médications, elles sont, en effet, trop souvent terrifiantes, et à la vérité on se sent envahi par le découragement, lorsqu'on entend vanter comme des plus efficaces ou des plus victorieux un remède ou une médication dont l'application se traduit par une mortalité de 60 à 75 pour 100.

Constatacion plus troublante encore, on a vu les médecins les plus éminents défendre avec passion des agents thérapeutiques que d'autres confrères, non moins incontestés, accusaient des plus terribles méfaits: pour n'en citer qu'un, nous nommerons l'opium.

C'est qu'ici, comme pour beaucoup d'autres affections d'ailleurs, même peut-être plus encore, *chaque cas appelle sa médication*, et qu'on ne saurait, en réalité, comparer deux cholériques l'un à l'autre.

En 1884, nous vîmes, dans une ville non loin de Paris, les trois premiers cas de choléra qui éclatèrent dans cette localité; tous les trois s'étaient produits dans un groupe de maisons voisines de la nôtre, au bord de l'eau.