

en inanition, et aussi de l'action nocive exercée par un sang altéré sur des tissus que l'anémie a mis en état d'opportunité morbide. Les principales de ces altérations secondaires sont la diphthérie intestinale, les pneumonies hypostatiques ou fibrineuses, les hémorrhagies de l'encéphale et des méninges, les inflammations de la parotide, de la rate, de l'estomac, du péritoine; enfin les érysipèles et les périchondrites laryngées. — Les accidents cutanés, qui apparaissent surtout du septième au neuvième jour, ne présentent aucune forme fixe; toutes les variétés d'exanthèmes peuvent être observées, jusques et y compris l'éruption varioliforme; dans bon nombre de cas, des poussées de furoncles et d'abcès révèlent un véritable état pyémique. — Les eschares, la gangrène des extrémités (Magendie, Delbrück) sont des phénomènes exceptionnels.

La longueur de la **convalescence** est en raison directe de la difficulté de la réparation; dans les cas les plus favorables, les malades conservent une susceptibilité très-grande des organes digestifs, du catarrhe chronique, de la cardialgie. Dans d'autres circonstances, l'anémie persiste et progresse, et l'on voit survenir un état de marasme qui entraîne la mort au bout d'un temps plus ou moins long. Les rechutes et les récidives ne sont pas très-rares, surtout lorsque le régime n'est pas sévèrement surveillé. Dans certains cas enfin, une convalescence heureusement établie est interrompue par l'explosion d'accidents nouveaux, effets tardifs du processus cholérique; ce sont des troubles nerveux (névralgies, paralysies, aliénation mentale), ou bien les phénomènes du mal de Bright confirmé. A l'exception de la tuberculose, les maladies consécutives au choléra sont les mêmes que celles du typhus abdominal.

Si l'on rapproche ce fait des autres analogies que j'ai signalées, on verra que l'anatomie pathologique, les symptômes thermiques de la période de réparation, les suites des deux maladies établissent entre elles de remarquables rapports. Ce qui est certain, c'est que la physionomie extérieure du mal indien est des plus trompeuses, et que le choléra, dans son ensemble, doit être tenu pour un processus fébrile à détermination intestinale spécifique. Qu'on supprime la notion de cause et de thérapeutique, et l'on cherchera vainement une différence entre le choléra asphyxique et la fièvre palustre cholériforme. Ce rapport s'impose avec une entière évidence. Supposons une épidémie de pernicieuses cholériformes: les phénomènes de l'attaque, les suites, le degré de péril, tout serait semblable, l'efficacité de la médication quinique démontrerait seule qu'il s'agit du poison palustre ordinaire et non du poison tellurique spécial produit par l'Indostan.

Le **pronostic** est extrêmement grave, sauf pour la forme muqueuse, qui ne tue jamais par elle-même. La mortalité, variable d'ailleurs dans les diverses épidémies, suivant l'encombrement et les conditions hygiéniques générales de la localité et de la population, oscille entre 45 et 60 pour 100.

Les deux tiers des décès environ appartiennent à l'attaque elle-même, le reste incombe à la réparation et aux maladies consécutives.

TRAITEMENT.

Les **MESURES PROPHYLACTIQUES** ressortent clairement de l'étiologie, je me borne à en signaler les principes généraux. *Le choléra peut être confiné dans son berceau*; des postes sanitaires aux frontières des districts à endémie, des quarantaines sévères imposées aux individus provenant de ces districts, voilà tout ce qui est nécessaire pour atteindre ce but. — Si, en raison de l'insuffisance de ces mesures, le choléra quitte son domaine originel et menace l'Europe, il faut lui barrer la route en enfermant dans un cercle absolument infranchissable la première localité contaminée, jusqu'à ce que la maladie soit entièrement éteinte, et pour juger du fait on aura égard non pas seulement aux cas de choléra sévère ou asphyxique, mais surtout aux cas de choléra catarrhal. La libre circulation ne sera rétablie qu'après une désinfection complète des fosses d'aisances et de tous les objets ayant servi aux malades. — Des règles semblables seront observées à l'égard des navires provenant des contrées suspectes, si toute fois l'unité de la voie de communication entre le pays contaminé et le pays à protéger assure aux quarantaines une efficacité réelle. Lorsqu'en effet, ou descend de la théorie à la pratique, lorsque on a soin de tenir compte de la totalité des voies de communication, et non pas d'une seule à l'exclusion des autres, on voit diminuer étrangement la puissance protectrice de la quarantaine, et par suite on est amené à en rétrécir notablement le domaine, *car l'utile donne ici la mesure du permis*. Dans la discussion qui a eu lieu au congrès médical de Vienne en 1873, congrès qui a été le promoteur de la conférence sanitaire tenue dans la même ville en 1874, j'ai résumé mes vues sur ce sujet dans les propositions suivantes: L'impossibilité des quarantaines fluviales et terrestres frappe d'impuissance la plupart des quarantaines de mer. *Ces dernières doivent être réservées pour les ports qui communiquent avec la contrée infectée seulement par mer et par une voie unique, de sorte que tout accès détourné soit réellement impossible*; dans ce cas même, la quarantaine n'est justifiée que dans les deux conditions suivantes: 1° si la durée de la traversée a été inférieure à la durée maximum de l'incubation de la maladie; — 2° quelle que soit la durée du trajet, s'il y a à bord des cas de choléra confirmé ou de maladie cholériforme suspecte.

L'expérience que m'ont donnée depuis cette époque mes voyages dans l'Orient et dans l'Amérique du Sud n'a fait que confirmer ces conclusions, que j'ai développées en 1875 devant le Congrès international de Bruxelles, où j'ai eu la satisfaction de les voir favorablement accueillies.

Dans les localités atteintes, *les malades et le personnel servant seront isolés autant que possible*; cette mesure est difficilement réalisable dans les habitations particulières, *mais elle doit être imposée sans réserve aux administrations hospitalières*. Il ne s'agit pas ici de se payer de mots et de sauver les apparences par un isolement virtuel, ainsi qu'on le fait à Paris; les bâtiments, les latrines, les linges, la buandrie, le personnel, tout ce qui est à l'usage des cholériques doit leur être exclusivement réservé; les médecins doivent changer de vêtements avant de se rendre auprès d'autres malades, et il doivent désinfecter leurs mains au moyen d'une solution diluée (au millième) de permanganate de potasse. La désinfection a une importance telle, que si elle est rigoureusement faite, elle peut compenser jusqu'à un certain point le défaut de l'isolement dans les maisons. Les vases destinés à recevoir les déjections des malades contiendront toujours à l'avance un liquide désinfectant (sulfate de fer, acide sulfurique, nitrique, phénique), afin que les matières soient modifiées dès qu'elles sont rendues; les linges seront traités de même avant d'être donnés au lavage; on versera tous les jours une quantité convenable de solution désinfectante dans les fosses qui reçoivent les matières cholériques, et sous aucun prétexte les individus bien portants ne se serviront de ces latrines; enfin le parquet, les objets de literie, seront de temps en temps aspergés avec le même liquide. Si la négligence de ces mesures a permis l'imprégnation et la diffusion du poison dans le sol, il ne faut pas hésiter à pratiquer des irrigations désinfectantes deux ou trois fois par jour dans toute l'étendue de la localité infectée. — Le désinfectant le plus puissant est sans contredit le permanganate de potasse, malheureusement son prix le rend peu propre à une consommation aussi abondante; le sulfate de fer échappe à cette objection; la solution d'une partie dans huit d'eau est celle qu'a recommandée Pettenkofer; après de nombreuses recherches comparatives, Hirsch a donné la préférence à l'acide sulfurique (1 partie dans 100 d'eau). Des fumigations sulfureuses, des dégagements de chlore complètent utilement cette série de mesures.

Le traitement prophylactique individuel ne comprend que des précautions hygiéniques; quoi qu'ait pu prétendre un charlatanisme éhonté, aucune préparation ne met à l'abri des effets du poison; tout ce qu'on peut faire, c'est d'éviter les émanations nocives des déjections, de prévenir par une hygiène sévère les désordres gastro-intestinaux, et de traiter comme une maladie sérieuse le moindre dérangement des fonctions intestinales. Une légère diarrhée, qui en temps ordinaire peut être impunément négligée, doit éveiller en temps d'épidémie une anxieuse sollicitude; cette diarrhée, commune en apparence, est peut-être la forme bénigne de l'empoisonnement, et en la combattant énergiquement, on peut empêcher la mutation redoutable du choléra muqueux en choléra séreux. Le séjour au lit, la diète, les préparations opiacées (sous forme de pilules, de teinture ou de

laudanum), quelques boissons aromatiques stimulantes (infusion de mélisse, de menthe, de thé), sont les premiers moyens à mettre en œuvre. Si les accidents sont enrayés, l'opium doit être administré à doses décroissantes pendant trois à quatre jours, et le régime exige une grande surveillance; le malade ne doit être tenu pour guéri que lorsqu'il a eu plusieurs selles moulées de consistance normale.

La multiplicité des MÉDICATIONS dirigées contre le choléra séreux est due à l'ignorance de notions pathogéniques précises. Les théories les plus étranges ont produit les traitements les plus bizarres; cela devait être, mais cela n'est plus admissible; il faut, ici comme toujours, obéir aux indications fournies par la pathogénie. Or l'indication fondamentale a déjà été formulée dès 1830 par Hermann: il faut, avant tout, arrêter le flux intestinal afin de prévenir l'épaississement du sang et les accidents d'asphyxie et d' inanition interstitielle; de plus, il faut agir avec une grande rapidité, parce que l'absorption est promptement suspendue à la surface de l'intestin. Si l'attaque est tout à fait au début, je commence par l'opium, que je donne sous forme de teinture ou de laudanum dans une potion vineuse additionnée d'acétate d'ammoniaque et de sirop d'éther; si, après quelques heures, les selles présentent une modification favorable, je continue cette médication, ou je substitue à l'opium la poudre de Dover; mais si le flux intestinal n'est pas amendé, j'ai aussitôt recours à la méthode indo-anglaise: je donne le calomel à la dose de 5 centigrammes toutes les heures ou toutes les demi-heures, si le cas est pressant, et au premier signe de refroidissement périphérique, je fais faire des lotions froides avec le vinaigre aromatique ou l'alcool camphré, mais au lieu de les répéter seulement deux ou trois fois par jour, ainsi que je le pratique dans la fièvre typhoïde, je les réitère toutes les deux heures; après chaque lotion, dont la durée n'est que de trente à soixante secondes, le patient est enveloppé sans être essuyé dans une couverture de laine. On évitera de gorger le malade de boissons chaudes, qui ne font qu'exciter les vomissements et la diarrhée; on donnera simplement des fragments de glace, de l'eau de Seltz glacée par petite quantité à la fois, et si l'affaiblissement du pouls fait craindre la parésie cardiaque, on substitue à l'eau du champagne frappé, ou simplement un mélange d'eau-de-vie glacée, ou bien encore du café et de l'eau-de-vie. Il va sans dire que l'administration du calomel doit être suspendue si des vomissements suivent l'ingestion de chaque dose. Dans le cas contraire, le médicament est continué à doses décroissantes jusqu'à ce que les évacuations prennent le caractère muqueux ou jusqu'à ce qu'elle cessent. — Si ce traitement ne réussit pas et que l'épaississement du sang amène l'état asphyxique, la seule indication rationnelle est celle qu'a posée Hermann: il faut restituer l'eau nécessaire à la circulation, au moyen d'injections d'eau tiède dans le système veineux; cette pratique a réussi plusieurs fois, elle compterait plus de succès si le trouble mécanique existait

seul, mais la parésie cardiaque, l'altération intime du système nerveux et des tissus sont souvent trop avancées pour que le simple accroissement de la fluidité du liquide ait quelque efficacité.

Les formes communes de la réparation ne nécessitent aucun traitement spécial; les accidents de congestion céphalique qui caractérisent la réaction excessive doivent être combattus par les sangsues derrière les oreilles, les applications froides sur la tête, au besoin les vésicatoires aux membres inférieurs, mais la saignée générale ne m'a jamais paru indiquée. — Dans le choléra typhoïde, les indications varient beaucoup selon les prédominances symptomatiques; la forme urémique sera traitée (sans grandes chances de succès) selon les règles qui ont été exposées à propos de l'urémie; dans la forme comateuse, les aspersiones froides et les stimulants sont les meilleurs moyens d'action; enfin, dans les formes viscérales, les révulsifs, les toniques constituent la médication la plus utile. — La dyspepsie de la convalescence réclame l'emploi des amers et des préparations de fer et de quinquina.

CHAPITRE V.

FIÈVRE JAUNE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Le **poison générateur** de la fièvre jaune (1), n'est pas mieux connu que celui du choléra; tout démontre qu'il est de **nature animale**, que son origine primitive est **tellurique**, mais nous ne pouvons aller au delà de ces deux affirmations. Ce poison ne peut naître indifféremment en

(1) Les conversations que j'ai eues à Rio de Janeiro avec mon éminent confrère et ami le docteur Nægeli, les notes qu'il a bien voulu me communiquer m'ont été d'un grand secours pour la rédaction de ce chapitre, et je suis heureux de lui témoigner publiquement ma reconnaissance pour l'empressement avec lequel il a mis à ma disposition les fruits de son expérience, aussi vaste qu'éclairée. Les renseignements instructifs de mon digne ami J. Baptista dos Santos, les faits que j'ai vus m'ont été également très-utiles.

SYNONYMIE : *typhus icterodes* (Sauvages); — *typhus d'Amérique*, *typhus amaril* (Rochoux); — *vomito negro*; — *vomito prieto*; — *black vomit fever*; — *fièvre matelote*; — *chapetonnade*; — *coup de barre*; — *fièvre de Siam*.

RAYMOND-BRETON, *Dictionnaire caraïbe*. Auxerre, 1655. — DUTERTRE, *Hist. gén. des*

tous lieux, il est confiné, au point de vue de sa genèse, dans certaines contrées où la maladie est endémique, et où elle prend spontanément, à intervalles plus ou moins rapprochés, le caractère épidémique. Ces contrées qui sont la patrie de la fièvre jaune, au même titre que le delta du Gange est le berceau du choléra, présentent en commun certaines conditions climatériques dont l'influence sur le développement du poison

Antilles françaises. Paris, 1667. — ROCHEFORT, *Hist. nat. et morale des îles Antilles*. Lyon, 1667. — MAKITRIK, *De febre Indiae occidentalis maligna flava*. Edinb., 1766. — DESPORTES, *Hist. des maladies de Saint-Domingue*. Paris, 1770. — CURTIN, *De febre flava americana*. Edinb., 1781. — SCHOTTE, *Beschreibung eines ansteckenden schwarzgalligen Faulfiebers in Senegal*. Stendal, 1786. — JACKSON, *A treatise on the fevers of Jamaica*. London, 1791. — RUSH, *Account of the bilious remitting yellow fever as it appeared in the city of Philadelphia in the year 1793*. Philadelphia, 1794. — OUVRIÈRE, *On the Yellow fever*. Philad., 1796. — M'LEAN, *Inquiry into the nature and causes of the great mortality among the troops of St. Domingo*. London, 1797. — LEE, *A short account of an epidemic Yellow fever (Medical Repository, 1798)*. — LEMPRIÈRE, *Obs. on the diseases of the army in Jamaica*. London, 1799. — VAN MARLE, *De febre flava Indiae occidentalis*. Marburg, 1799. — WEBSTER, *Brief history of epidemical and pestilential Diseases*. Hartford, 1799.

SIR GILBERT BLANE, *Obs. on the diseases incident to seamen*. London, 1785.

CHISHOLM, *Essay on the malignant pestilential fever*. London, 1801. — BERTHE, *Précis hist. de la maladie qui a régné dans l'Andalousie en 1800*. Montpellier, 1802. — DEVÈZE, *Diss. sur la f. jaune qui a régné à Philadelphie en 1793*. Paris, 1803. — VALENTIN, *Traité de la f. jaune de l'Amérique*. Paris, 1803. — PALLONI, *Oss. med. sulla malattia dominante in Livorno*. Liv., 1804. — ARDITI, *Memoria sobre a febre amarella que ten reinada en Hespana e en Italia*. Lissab., 1804. — LAVATER, *Bemerkungen über das gelbe Fieber*. Zürich, 1804. — PUGNET, *Mém. sur les f. de mauvais caractère du Levant et des Antilles*. Lyon, 1804. — TOMMASINI, *Sulla febbre di Livorno*. Livorno, 1804. — WILDBERG, *Ueber das gelbe Fieber*. Berlin, 1805. — DALMAS, *Recherches hist. et méd. sur la f. jaune*. Paris, 1805. — AREJULA, *Succincta descriptio febris epidemicæ Malagæ*. Viennæ, 1805. — GONZALEZ, *Ueber das gelbe Fieber welches im Jahr 1800 in Cadix herrschte*. Berlin, 1805. — KOPP, *Versuch einer Darstellung des gelben Fiebers*. Frankfurt, 1805. — SALAMANCA, *Observaciones medicas sobre la epidemia que affligo a esta ciudad de Malaga en el anno 1804*. Malaga, 1805. — WOLFART, *Das Wesen des gelben Fiebers und seine Behandlungsart*. Berlin, 1805. — LEBLOND, *Obs. sur la f. jaune*. Paris, 1805.

FIEDLER, *Ueber das gelbe Fieber*. Tübingen, 1806. — HESS, *Ideen über die Natur der Krankheit welche 1804 zu Livorno geherrscht hat*. Livorno, 1806. — JACKSON, *Obs. on the late epidemic disease at Gibraltar*. London, 1806. — TIDYMAN, *On the yellow fever of Charlestown (Salzburger med. chir. Zeit., 1806)*. — KERN, *Essai sur la f. jaune des Antilles*. Strasbourg, 1806. — LEFORT, *Mém. sur la f. jaune*. Paris, 1809. — PLOTZIUS, *De typho icterode tropico*. Rostockii, 1809. — SAVARESI, *De la f. jaune*. Naples, 1809. — BALME, *De aetologia generali contagii pluribus morbis et praesertim pesti ac febrî flavæ persæpe proprii*. Londonii, 1809.

BANCROFT, *An essay on the disease called Yellow fever*. London, 1811. — MELLADO,