

les membres, des vertiges et des bourdonnements d'oreilles, on pourrait aisément croire à l'invasion d'un typhus, si l'on ne prenait en considération, d'une part, l'ictère, l'apparition précoce d'un *herpes labialis*, d'autre part et avant tout, les caractères de la fièvre; irrégulière d'abord, elle présente bientôt des exacerbations périodiques, le plus souvent quotidiennes, qui ont lieu aussi bien le matin que le soir, et qui, après quelques heures, sont suivies de sueur et d'un bien-être marqué; il y a parfois deux exacerbations en vingt-quatre heures, de sorte que le type est double quotidien; plus rarement le type est tierce ou double tierce. Au bout de quelques jours la fièvre subit une nouvelle modification, la rémission devient apyrétique, et la maladie aboutit à une intermittente normale. Dans d'autres cas, cette transformation n'a pas lieu, mais à partir du dixième ou douzième jour, les symptômes s'amendent et la guérison est complète, après une durée dont le maximum est de trois septénaires.

La **forme intense** est caractérisée par une fièvre plus forte, dont les rémissions ne sont bien appréciables que tout à fait au début (*fièvre sub-continue* ou *pseudo-continue*); dès le troisième jour, l'état est celui d'un typhus sévère, il y a de la stupeur, du délire, la langue se sèche et noircit; la rate toujours et le foie souvent deviennent le siège d'un gonflement douloureux à la pression; dans le plus grand nombre de cas, il survient un ictère plus ou moins prononcé; souvent aussi on observe, comme complications, de la dysentérie ou une pneumonie, ou bien on voit apparaître, au moment des exacerbations, l'un des accidents qui donnent à l'intermittente le caractère pernicieux. La durée de la maladie est d'une à deux semaines; la guérison est annoncée par la mutation en intermittente; la mort, qui est fréquente, est amenée par un phénomène pernicieux ou par les progrès du collapsus.

La **forme grave**, à son début, ne diffère pas de la précédente, si ce n'est que l'adynamie est plus précoce encore. Dans le cours de la première semaine, la fièvre présente des rémissions et des exacerbations irrégulières; mais s'il n'y a pas alors une tendance à l'amélioration, les rémissions ne sont plus saisissables (sauf par le thermomètre), et le patient tombe dans un état typhoïde à phénomènes graves et multiples; le délire, l'ictère, les hémorrhagies nasales et gastriques, les pétéchies, l'hématurie, l'albuminurie ou la suppression urinaire, la tuméfaction considérable de la rate et du foie sont les plus fréquents; dans d'autres cas, il y a des accidents dysentériques ou cholériformes, des abcès hépatiques ou spléniques, des épanchements purulents dans les séreuses, de la pneumonie, des gangrènes du tégument externe. La mort a lieu dans le coma, dans une attaque de convulsions, ou bien elle est précédée des symptômes caractéristiques d'une pernicieuse algide. — Cliniquement, cette forme hémorrhagique a une grande ressemblance avec la *fièvre jaune*; les vraies différences sont étiologiques et anatomiques; la tumeur

de la rate et la mélanémie manquent à la fièvre jaune, qui a pour elle la dégénérescence graisseuse du foie.

La coloration rouge de sang que présente fréquemment l'urine dans les rémittentes bilieuses graves n'est pas encore parfaitement définie quant à sa cause; bon nombre d'observateurs ont constaté la présence de globules sanguins, et rapportent par conséquent cette teinte de l'urine à une véritable hématurie; d'autres, non moins autorisés, ont vainement cherché les hématies, et n'ont trouvé que du pigment biliaire en quantité plus ou moins considérable; il est donc bien probable, pour ne pas dire certain, que la coloration de l'urine n'a pas toujours la même origine. Au surplus il convient d'ajouter une troisième éventualité, celle d'une pseudo-hémorrhagie; dès 1863, j'ai signalé et qualifié ce phénomène, qui est dû simplement à la transsudation anormale de l'hématine dissoute (*hématurie*). Il n'y a ici qu'un cas particulier de cette notion générale.

Les fièvres rémittentes qui guérissent laissent après elles un état de débilité et d'anémie en rapport avec la violence et la durée de l'attaque; comme l'intermittente, mais plus rarement, elles peuvent conduire à la cachexie.

CACHEXIE.

L'anémie, qui s'accroît de plus en plus après chaque accès, est le lien qui unit la fièvre intermittente à la cachexie confirmée; mais cette anémie, qui a pour origine la consommation fébrile, n'est pas la seule condition pathogénique de la cachexie, elle n'en est même pas la condition principale, puisque dans les contrées à malaria, surtout dans les pays chauds, l'état cachectique peut apparaître au grand complet chez des individus qui n'ont jamais eu d'accès; et dans ce cas même, cet état peut être amélioré ou guéri par le sulfate de quinine, fait qui ne permet aucun doute sur son origine. Il résulte de là que la cachexie est favorisée par les accès de fièvre, mais qu'elle est produite directement par l'infection miasmatique. Au point de vue symptomatique, deux formes doivent être distinguées: l'une est constituée simplement par les accidents de l'hydrémie et par une tumeur de la rate qui, d'après les intéressantes observations de Duboué, est toujours un peu douloureuse soit spontanément, soit à la pression; le malade ainsi affecté est faible, dyspeptique, il a des palpitations fréquentes, il est essoufflé au moindre effort, il présente des souffles systoliques au cœur et dans les gros vaisseaux, il a une teinte blafarde, il maigrit, mais cet état n'entraîne en somme aucun accident grave, et on le retrouve plus ou moins accusé chez les habitants des régions marécageuses à fièvres endémiques.

Le danger et la physionomie particulière de l'autre forme résultent

des lésions viscérales plus ou moins nombreuses qui ont été énumérées dans l'anatomie pathologique; l'ascite est constante, elle résulte à la fois de l'hydrémie et de la tumeur de la rate (1) et du foie; si les reins sont intéressés, il y a une albuminurie persistante; la dégénération amyloïde de l'intestin entretient une diarrhée incoercible; la mélanémie donne aux téguments la teinte grise spéciale, et expose le malade à des altérations cérébrales graves; enfin à l'ascite viennent s'ajouter des œdèmes cachectiques avec ou sans thromboses, ou bien l'anasarque suite de l'albuminurie, et le patient finit par succomber soit au progrès du marasme, soit aux effets immédiats de l'une des lésions viscérales dont il est atteint. La fièvre hectique n'est pas rare dans les dernières périodes. — Depuis la généralisation du sulfate de quinine, la fréquence de ces accidents graves a beaucoup diminué; les fièvres des pays chauds y exposent plus que celles de nos climats, surtout lorsqu'elles sont compliquées de dysentérie, ce qui est loin d'être rare.

(1) Dans les fièvres intermittentes récentes, les malades ont souvent, après les paroxysmes, un appétit quasi famélique; ils réclament surtout de la viande, et ils digèrent à merveille une quantité de substance animale qui constituerait, pour beaucoup d'hommes en bonne santé, une véritable surcharge gastrique. Dans les fièvres anciennes, dans la cachexie, les malades peuvent avoir encore le même appétit, mais ils ne peuvent plus digérer facilement les matières albuminoïdes, et la puissance de l'estomac est tellement compromise que l'on retrouve parfois dans les matières vomies des débris intacts de viande ingérée depuis un ou deux jours. D'un autre côté, dans les fièvres récentes, la tumeur de la rate est molle, ou simplement hyperhémique; elle disparaît en totalité, ou à peu près, dans l'apyrexie, tandis que dans l'autre catégorie de cas la tumeur splénique est devenue hyperplasique et à peu près immuable. Du rapprochement de ces deux faits, mon digne et savant ami le professeur Baccelli (de Rome) a conclu avec raison que l'expansibilité et la rétractilité de la rate sont des conditions d'absolue nécessité pour la digestion gastrique. Cet éminent observateur ne s'en est pas tenu à cette conclusion empirique, il a recherché les raisons de ce fait, et ses études anatomo-physiologiques, dans le détail desquelles je ne puis malheureusement entrer ici, l'ont conduit à assigner aux *vasa breviora* et à la rate elle-même une fonction nouvelle; cet organe et ses vaisseaux courts sont aux glandes à pepsine ce que le système entier de la veine porte est aux glandes biliaires; en d'autres termes, ce sont les *vasa breviora* qui fournissent les matériaux de leur sécrétion aux glandes à pepsine, et l'abondance de l'afflux sanguin par ces vaisseaux est subordonnée aux oscillations de volume de la rate, ces deux conditions étant en raison inverse l'une de l'autre. On peut facilement alors se rendre compte du fait clinique rappelé plus haut; — avec une rate très grosse et immobilisée dans ce volume anormal, la circulation spléno-gastrique par les vaisseaux courts est au minimum, et l'insuffisance de la production de pepsine ne permet plus la digestion complète des matières albuminoïdes. Il n'est pas besoin de commentaire pour faire ressortir le puissant intérêt de ces données nouvelles.

GUIDO BACCELLI, *la Perniciosità*. Roma, 1869.

TRAITEMENT

L'extinction de la malaria est subordonnée à la suppression ou à la transformation des marais; cette question d'hygiène publique n'est pas de mon ressort. En ce qui concerne la prophylaxie individuelle, le moyen est aussi simple qu'efficace: il ne faut pas s'exposer aux émanations marécageuses; mais, comme cette prescription ne peut pas toujours être suivie, il est bon de connaître certaines règles qui peuvent atténuer l'influence nocive de la malaria chez l'individu contraint de s'y soumettre. Il ne faut pas sortir le matin de bonne heure, ni le soir après le coucher du soleil; il faut éviter les refroidissements, les excès de tout genre; il convient en outre de porter de la flanelle, et de régler le vêtement selon les températures différentes du matin et de l'après-midi; il va sans dire qu'on ne doit boire aucune eau de propriétés douteuses; enfin l'alimentation, tout en étant mixte, doit être substantielle, le vin et le café noir sont d'une réelle utilité. Le quinquina en nature peut trouver son indication comme tonique, mais il n'a, pas plus que le sulfate de quinine, aucune action préventive. — Une fois l'infection déclarée, le malade doit aussitôt que possible changer de résidence, sinon il y a bien des chances pour que la fièvre récidive sans relâche, et aboutisse à la cachexie.

Dans l'intermittente normale, le traitement de l'accès est purement palliatif; on cherche à réchauffer le malade pendant le stade de frisson; pendant le suivant on modère la chaleur en diminuant les couvertures et en administrant, par petites quantités souvent répétées, des boissons froides; le stade de sueur est laissé à lui-même, et c'est seulement après la fin de la diaphorèse que les linges doivent être changés. Quand l'apyrexie est parfaitement pure, le malade peut prendre une alimentation légère; dans le cas contraire, il faut instituer une diète plus ou moins sévère selon l'état des fonctions gastro-intestinales. — Dans les fièvres anormales, le traitement n'est plus aussi simple; et tout en combattant l'intoxication, il y a souvent lieu de remplir certaines INDICATIONS SYMPTOMATIQUES fournies par le paroxysme lui-même. Si les phénomènes de congestion céphalique sont très marqués, il convient de faire sur la tête des applications permanentes d'eau froide ou de glace, ou bien de pratiquer une émission sanguine locale au moyen de sangsues; la saignée générale est dangereuse en raison du collapsus qu'elle détermine souvent. Dans les accès algides et cholériformes, il faut exciter fortement la peau au moyen des sinapismes ou des frictions stimulantes, en même temps qu'on fait prendre à l'intérieur de la glace et des stimulants diffusibles tels que l'éther, les préparations ammoniacales, ou simplement de l'eau-

dé-vie ; la vésication rapide de la région précordiale avec l'ammoniaque ou le marteau de Mayor peut être utile pour combattre la parésie cardiaque. Les congestions viscérales graves qui survivent à l'accès indiquent les applications de ventouses sèches en grand nombre, les dérivatifs intestinaux et les vésicatoires.

L'INDICATION MORBIDE est remplie par la quinine. Si la fièvre est bien réglée, si l'apyrexie est pure, on peut la donner d'emblée ; mais lorsque la périodicité est encore mal établie, lorsqu'il existe des symptômes de catarrhe gastrique, il est nécessaire de commencer le traitement par un éméto-cathartique qui a le double effet de régler la fièvre et d'assurer l'action du remède. Dans les formes normales, le sulfate de quinine qui est le sel le plus ordinairement employé, doit être administré assez loin de l'accès pour que le médicament puisse produire la totalité de ses effets avant l'heure du paroxysme ; on le donnera donc de six à huit heures avant ; et en raison de la rapidité de l'élimination il importe de l'administrer à doses massives, c'est-à-dire que la quantité totale (en moyenne 1 gramme à 1,50 grammes chez l'adulte, 25 à 60 centigrammes chez l'enfant) doit être prise dans l'espace de trois quarts d'heure à une heure au plus, soit en solution, soit en nature, dans du pain azyme. Cette même dose est répétée à l'apyrexie suivante ; et ensuite, alors même que la fièvre a manqué, on continue l'usage quotidien de la quinine à doses décroissantes, pendant les jours intercalaires. Le traitement doit être continué à pleines doses jusqu'à ce que l'accès ait manqué trois fois, ou plus précisément encore jusqu'à ce que la tuméfaction de la rate soit nulle, même aux jours des accès présumés. Cette méthode suffit dans les fièvres récentes ; mais dans les fièvres déjà anciennes, à type quarte surtout, il est prudent de continuer durant plusieurs semaines la suppuration des jours, et d'administrer une dose moyenne de quinine le lendemain du jour où l'accès aurait eu lieu si la fièvre avait persisté. Une fois la fièvre guérie, il faut soumettre les malades à une médication reconstituante au moyen du quinquina en poudre, du vin de quinquina et du fer. — L'estomac présente parfois une intolérance complète à l'égard du sel de quinine ; il faut alors l'administrer en lavement ou en injections sous-cutanées ; dans ces deux procédés, la dose doit être moindre d'un tiers, et pour les injections hypodermiques il faut préférer le bromhydrate de quinine en raison de sa grande solubilité qui dispense de toute addition d'acide.

Chez les enfants en bas âge, on a la ressource des frictions quiniques dans le creux axillaire (Semanas). — Parmi les nombreux succédanés qui ont été proposés, le sulfate de cinchonine mérite seul d'être signalé, non à cause de son efficacité, qui est moindre, mais à cause de son prix, qui est beaucoup moins élevé que celui du sulfate de quinine (1). — Si

(1) L'arséniate de quinine, proposé et employé par Benedetto Viale, a été étudié par Baccelli, qui a pu, après de nombreuses et suffisantes expériences, substituer

l'on voyait survenir les accidents de l'intoxication quinique, on les combattait avec le café noir et l'éther.

Dans certains cas, le sulfate de quinine est impuissant, la fièvre résiste ; il faut recourir alors à la *médication arsenicale* ; on donne un demi-milligramme à 2 milligrammes d'acide arsénieux avec du sucre de lait cinq ou six heures avant l'accès (Boudin), et l'on a soin en même temps de prescrire une bonne alimentation substantielle et du vin rouge de bonne qualité *larga manu*. Une fois la fièvre coupée, la médication arsenicale peut être continuée un certain temps au moyen des granules (à 1 millig.).

Dans ces dernières années, bon nombre de médecins ont traité les fièvres intermittentes au moyen de l'*acide phénique* soit à l'intérieur, soit en injections sous-cutanées ; les résultats ont été variables, et en aucun cas ils n'ont été supérieurs à ceux qu'on obtient de la quinine. Même conclusion pour les préparations d'eucalyptus qui ont également été préconisées avec un enthousiasme exagéré. — J'ai moi-même expérimenté l'*acide salicylique* ; il ne peut être mis en comparaison avec la quinine ; il diminue le degré thermique de l'accès, mais il n'en prévient qu'exceptionnellement le retour.

Dans les *fièvres pernicieuses*, l'imminence du péril ne permet pas d'attendre l'apyrexie, qui d'ailleurs est souvent peu marquée ; dès que le diagnostic est certain ou seulement probable, il faut administrer le sulfate de quinine, et comme l'absorption gastrique n'est rien moins que parfaite au milieu de ce désordre, il est plus sûr de donner le remède en lavement ou en injection hypodermique. Une fois le danger conjuré, on continue la médication suivant les règles ordinaires, et l'on obéit aux diverses indications symptomatiques qui peuvent se présenter. — Les *fièvres larvées* sont traitées avec la quinine ou l'arsenic ; lorsque le diagnostic est exact, le succès est rapide. — Dans les *fièvres rémittentes*, il faut rechercher et remplir avec soin les indications fournies par les organes digestifs et par l'état des forces, lequel impose souvent la médication stimulante ; mais l'indication morbide, ici encore, est heureuse-

des notions positives aux conclusions *a priori*, et partant hypothétiques, des précédents observateurs. Il a montré par des faits, et non par des raisonnements, que l'arséniate de quinine, contrairement aux assertions de Trousseau, etc., peut être administré aux mêmes doses que le sulfate, sans déterminer aucun effet toxique. — Il a montré par d'ingénieuses expériences que cette innocuité tient sans doute à une action antagoniste (antidote) de la quinine et de l'acide arsénieux, puisque les effets de l'empoisonnement par cet acide sont prévenus chez les animaux auxquels on fait prendre, en temps utile, une dose de quinine hydratée. — Il a montré, par des faits cliniques, que l'action anti-pyrétique de l'arséniate de quinine est infiniment moindre que celle du sulfate.

GUIDO BACCELLI, *L'Arseniato di chinina e le febbri da malaria*. Roma, 1870.

ment remplie par le sulfate de quinine administré au moment des rémissions, et au besoin pendant les exacerbations.

La *cachexie* doit être traitée avec persévérance par une bonne hygiène, le quinquina en nature et l'*iodure de fer*. S'il y a quelques accès erratiques, il faut les combattre par le quinquina à hautes doses, qui réussit certainement mieux dans ces conditions que le sulfate de quinine. — Les observations de Fleury ont démontré la puissance de l'hydrothérapie non seulement pour combattre l'anémie cachectique, mais aussi pour résoudre les engorgements viscéraux qui l'accompagnent si fréquemment.

CHAPITRE II.

SUETTE MILIAIRE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Le POISON GÉNÉRATEUR de la suette (1) n'est pas connu, mais son affinité avec la malaria est établie : 1° par les conditions telluriques qui pré-

(1) RAYER, *Hist. de l'épid. de suette miliaire*, etc. Paris, 1832. — MOREAU, *Journ. hebdom.*, 1832. — OZANAM, *Hist. des maladies épidém.* Paris, 1835. — BARTHEZ, GUÉNEAU DE MUSSY et LANDOUZY, *Gaz. méd. Paris*, 1833. — PARROT, *Hist. de l'épid. de suette miliaire dans la Dordogne*, Paris, 1843. — LOREAU, GAILLARD, ORILLARD, *Épidémie de Poitiers*. — FOUART, *De la suette miliaire, de sa nature et de son traitement*. Paris, 1854. — LARTIGUE, *De la suette miliaire*. Thèse de Strasbourg, 1859. — SELLA, *Giornale delle Sc. med.*, 1859. — DAUDÉ, *De l'emploi des ventouses sèches*, etc. (*Union méd.*, 1859). — *De l'emploi du perchlorure de fer* (*Gaz. hôp.*, 1859).

DUMAS, *Epidémie du département du Var* (*Montpellier méd.*, 1860). — BOYER-GOUBERT, *Suette miliaire et intermittente* (*Gaz. hôp.*, 1860). — MASAREI, *Die Frieselepidemie zu Ybbs im Jahre 1859*. — LIÉGEY, *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1860. — HEBRA, *Wiener med. Wochen.*, 1861. — CANTIERI, *Cenni storici sull' Epidemia migliarosa di Sangimignano* (*Lo Sperimentale*, 1861). — BERTI, *Giorn. Veneto di Sc. med.*, 1861. — SCHÜRR, *De la miliaire; études hist. et path.* Thèse de Strasbourg, 1863. — PUTEGNAT, *Sur les pneumonies suettiques* (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1863). — GINANNESCHI, *Della vaccinazione nella miliare* (*Gaz. med. ital. prov. Sarde*, 1863). — FACEN, *Della Febbre migliarosa e tifoïda*, etc. (*Giorn. Veneto di Sc. med.*, 1864). — GALTIER, *Épid. de Castelnaudary*. Toulouse, 1866. — DUMAS, *Epid. de Draguignan*. Montpellier, 1866. — OTTONI, *Solfiti nella febbre migliare* (*Gaz. med. ital. Lomb.*, 1866). — BASTARD, *Étude sur le traitement de la suette miliaire*. Paris, 1867. — GRESSER, *De la curabilité constante de la suette*, etc. Paris, 1867. — COURAL, *Hist. de la suette miliaire qui a régné à Saint-Chinian*

sident au développement de la maladie; — 2° par les coïncidences pathologiques qui montrent la suette sévissant ou alternant avec les fièvres palustres; — 3° par les allures mêmes de cette fièvre qui a souvent le caractère rémittent et pernicieux; — 4° par la non-reproductibilité du poison dans l'organisme; d'où résulte que la suette n'est pas plus transmissible que l'infection paludéenne. La maladie ne se manifeste que par des épidémies circonscrites à certaines localités; elle n'est point endémique, rarement sporadique, et elle ne présente même pas la diffusibilité limitée, qui étend la malaria au delà de son foyer originel. Dans la région où la suette est engendrée, elle frappe en plus ou moins grand nombre, selon la réceptivité organique, les habitants exposés à l'influence nocive; mais il n'y a rien là qui implique une transmission d'homme à homme, c'est-à-dire une contagion. Les nombreux observateurs qui ont soutenu l'opinion contraire ont méconnu, je pense, le critérium fondamental de la transmissibilité, savoir le rapport entre l'extension de la cause morbide et l'extension de la maladie qui en est l'effet; pour la suette, ce rapport est tellement exact qu'il ne laisse aucune place pour la transmission par l'homme; la cause est régionale, la maladie l'est aussi, et je ne sache pas qu'on ait jamais vu un médecin ou un malade transporter la suette de son foyer initial dans une localité plus ou moins éloignée. — La maladie n'est point reproductible par l'inoculation du liquide contenu dans les vésicules; ce fait ressort nettement des cinq expériences

pendant les années 1865 et 1866 (*Montpellier méd.*, 1867-1868). — BAILLY, *Relat. d'une épid. de fièvres catarrhales, de pneumonies et de suettes* (*Bullet. Acad. méd.*, 1868). — RAPP, Thèse de Strasbourg, 1868. — PLOUVIEZ, *Essai sur la suette*. Paris, 1868. — FERBER, *Sporadischer Fall von idiopathischem Friesel* (*Arch. der Heilk.*, 1869). — TEILHOL, Thèse de Paris, 1869. — BERNARD, *Épid. de Béziers* (*Ann. Soc. méd. d'Anvers*, 1869).

NOLÉ, *Note sur une épidémie grave de suette miliaire*, etc. (*Journ. des conn. méd.-chir.*, 1870). — GRESSER, *Bullet. Acad. de méd.*, XXXV, 1870. — SEDONI, *Della sopraseduzione urinaria nella migliare* (*Lo Sperimentale*, 1870). — SANTINI, *La Migliare esaminata nelle sue pertinenze morbose*. Firenze, 1870.

BARBIERI, *Tifo e migliare*, etc. (*L'ippocratico*, 1872). — GUIZZARDI, *Riflessioni critiche sulla essentialità ed idiopatia della migliare* (*Eodem loco*, 1872). — GALLETI, *Eodem loco*, 1872. — BORG, *Contribuzione alla soluzione della tesi relativa all' innesto della miliare mediante la inoculazione dell' umore vesicolare miliaro* (*Lo Sperimentale*, 1873).

FAZIO, *Miliaris alba* (*Moviment. med. chir.*, 1875). — REIBEL, *Ueber Schweissfriesel* (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1876). — TUCKEY, *Two cases of miliary fever* (*Med. Press and Circular*, 1876). — MAZUEL, *Étude sur la suette miliaire*. Thèse de Paris, 1876. — PRÉTET, *Contrib. à l'étude de la suette miliaire*. Thèse de Paris, 1877. — CARCI, *Nota sull' impiego dell' acido salicilico contra la febbre miliare essenziale* (*Lo Sperimentale*, 1878). — HARDOIN, ROCHARD, *Épid. de l'île d'Oléron* (*Bullet. Acad. de méd.*, 1881).