

déclin d'un accès algide ou cholérique, il peut arriver que la température, même centrale, tombe à la normale ou au-dessous.

L'*hypersplénie* est un des meilleurs signes de paludisme, mais, dans les formes récentes, elle est peu marquée, souvent égale à celle de la fièvre typhoïde; elle ne se prononce qu'après plusieurs accès, et surtout, en cas de cachexie.

La *sédation rapide déterminée par la quinine* témoigne aussi en faveur de la nature palustre des accidents; cependant, les premières doses ne sont pas toujours efficaces; car la continue palustre peut résister 5 à 4 jours, à des doses massives de quinine. Enfin, la *tendance aux rechutes* est encore caractéristique.

Diagnostic différentiel. — La *fièvre éphémère* est très comparable à un accès de fièvre intermittente. La distinction ne porte que sur les notions : de milieu, de saison; sur la marche de la fièvre.

L'*embarras gastrique fébrile*, fréquent et grave dans les pays chauds, offre de grandes analogies avec certaines continues palustres légères. Mais l'embarras gastrique donne lieu à des températures moins élevées, ne comporte pas d'hypersplénie et cède définitivement à un éméto-cathartique.

Les fièvres palustres compliquées d'ictère prêtent à certaines confusions. L'origine palustre de la fièvre bilieuse hématurique et de la fièvre bilieuse inflammatoire des Antilles n'est pas encore certaine. Dans les cas douteux, on recherchera l'*hématozoaire*, dont la constatation permet seule aussi de distinguer la bilieuse palustre de l'*hépatite aiguë diffuse*. Celle-ci provoque une fièvre continue, de l'ictère, une tuméfaction douloureuse du foie, mais non de la rate. Ces mêmes caractères serviront à différencier l'*ictère grave*.

On sait combien la distinction est souvent difficile entre la continue palustre et la *fièvre typhoïde*. On peut retrouver dans la continue palustre : la diarrhée, le gargouillement et la douleur de la fosse iliaque droite; de même existe l'hypersplénie, dans la fièvre typhoïde dont certains cas ne comportent pas de taches rosées. L'examen du sang et le *séro-diagnostic* décideront ici en dernier ressort. D'autre part, la continue palustre cède en deux ou trois jours à de fortes doses de quinine, présentant une convalescence plus brève que la fièvre typhoïde ou se transformant en fièvre intermittente. Si dans certaines fièvres typhoïdes anormales, les rémissions matinales sont complètes, les paroxysmes sont toujours vespéraux.

L'origine palustre d'un accès délirant, algide ou comateux est souvent difficile à affirmer, si l'on n'en a pas observé le début; on peut croire : à une *méningite*, à une *insolation* ou à une *crise de délire alcoolique*, d'autant plus que l'hypersplénie reste souvent modérée, et que le paludisme n'exclue ni la méningite, ni le coup de chaleur, ni l'alcoolisme. Ici encore l'examen du sang est décisif, dénonçant les accidents pernicieux par la présence d'hématozoaires en grand nombre.

L'*accès cholérique* n'est confondu avec le *choléra* ou la *cholérine* que dans les régions où ces affections sont endémiques (examen du sang).

La *dysenterie aiguë* comporte souvent, durant 5, 4 ou 10 jours, une fièvre

qui oscille entre 38° et 39°, mais ne passe presque jamais 39°,5, ce qui la distingue de la dysenterie associée au paludisme.

La *péritonite par perforation du typhus ambulatorius* ou de la *dysenterie grave* peut simuler un accès pernicieux algide.

La *gastralgie simple* ou la *colique hépatique* doivent être différenciées de l'accès pernicieux gastralgique.

On se gardera de confondre l'accès pernicieux comateux ou convulsif avec l'*urémie comateuse* ou *convulsive* (hypothermie, albuminurie, signes de néphrite).

La *fièvre intermittente symptomatique* de la pyohémie, de l'infection biliaire (*fièvre bilio-septique*) ou de l'infection urinaire, offre, en général, une périodicité moins régulière que la fièvre palustre et des paroxysmes le plus souvent vespéraux, caractère qui est constant dans la *fièvre hectique des tuberculeux*; la quinine est sans effet positif sur ces différentes fièvres.

La *fièvre symptomatique d'un abcès du foie* peut prêter à confusion quand le foie n'est ni gros, ni douloureux (abcès central ou de la convexité); en ce cas, la dysenterie antérieure lèvera les doutes.

Les sujets atteints de *filariose* ont, assez souvent, des accès de fièvre, mais irréguliers; leur sang contient des embryons de filaire.

L'*anémie simple des pays chauds* n'est jamais aussi marquée ni aussi rapide que celle du paludisme et ne modifie en rien le volume de la rate.

Chez des femmes anémiques et nerveuses, la *fièvre nerveuse* peut offrir une intermittence assez régulière; elle cède aux anti-spasmodiques et non à la quinine.

L'examen histologique du sang permettra de distinguer la *leucémie splénique* de la cachexie palustre.

L'absence d'hématozoaires dans le sang ne doit pas nécessairement faire rejeter l'hypothèse de cachexie palustre, puisque ceux-ci font souvent défaut en pareil cas.

La distinction, en pays palustre, entre la cachexie palustre et la *splénomégalie primitive* de Debove et Brühl peut être pratiquement impossible.

Chez les très *jeunes enfants*, le diagnostic de la fièvre intermittente peut être difficile; en effet, les accès sont incomplets; le frisson manque habituellement ou est remplacé par des convulsions.

XIV. — FIÈVRE JAUNE

Signes étiologiques. — La fièvre jaune (*vomito-negro*), affection épidémique originaire du golfe du Mexique, offre actuellement de multiples foyers : Antilles, côtes du Brésil, du Pérou, du Sénégal, de Sierra Leone; elle a même fait en Europe (Espagne, Portugal, France, Angleterre) quelques incursions. Cantonnée sur le littoral, à l'estuaire des grands fleuves, elle sévit dans les quartiers populeux des grands centres, dans les chantiers ou les camps. Exigeant une température supérieure à 26° C., son éclosion est entravée par le froid et l'altitude. La race nègre est presque complètement réfractaire à la

fièvre jaune. Par contre, les Européens récemment débarqués dans son domaine sont presque toujours frappés. Les moustiques paraissent être les plus actifs propagateurs du contagion. Hors des foyers endémiques, il est toujours apporté par des passagers, des hardes ou des marchandises contaminées.

Incubation. — Invasion. — L'incubation dure 2, 4 ou 6 jours; inconstants, les *prodromes* consistent en frissonnements, courbature, anorexie, céphalée, haleine fétide. La maladie débute brusquement, la nuit, par un violent frisson suivi d'hyperthermie (40° à 41°), par de vives douleurs lombaires et épigastriques, une céphalée intense avec douleurs orbitaires, quelquefois des élancements dans les membres inférieurs.

Bouffi, le *visage* présente une *teinte rouge jaunâtre acajou* qui bientôt couvre tout le corps; les yeux sont injectés, les pupilles dilatées. La *langue*, blanche au centre, est rouge et gonflée à la pointe et sur les bords. Précoces, les *vomissements* sont alimentaires, glaireux, puis bilieux; la constipation est la règle. Les *urines*, rares et foncées, contiennent un peu d'albumine. Ces signes persistent 2 à 5 jours, avec une température voisine de 40° ou fléchissant à 38°, rémission passagère précédant la *période d'état* que caractérisent l'*ictère*, les *vomissements noirs* et l'*état typhoïde*.

Période d'état. — L'*ictère* variant du jaune clair au vert olive, n'est pas constant ou peut rester limité à ses sièges primitifs: muqueuse palatine, conjonctive et urines. C'est un *ictère hémaphéique*, typique, respectant la coloration des fèces et n'entraînant la réaction des pigments biliaires ni dans les urines, ni dans le sérum sanguin. Il finit pourtant par se transformer en *ictère biliphéique* (urines bilieuses, selles décolorées).

Des *sueurs critiques*, profuses, accompagnent la défervescence et le retour à la santé. Par contre, les sueurs fétides nocturnes, sans rémission dans la fièvre et l'adynamie, sont d'un mauvais pronostic.

La fièvre jaune comporte souvent des *exanthèmes* variés: taches rosées, disséminées, miliaire, pemphigus, éléments varioliformes ou plaques scarlatiniformes, pétéchies ou ecchymoses.

Les *hémorragies*, absentes seulement dans les formes légères, multiples et variables, consistent en: épistaxis, métrorragies et surtout *hématémèses*; les conjonctives, les oreilles, les muscles, en sont plus rarement le siège. Quoique les hémorragies entraînent rarement la mort, à elles seules, la gravité de la maladie se mesure à leur diffusion et à leur abondance.

Appartenant aux cas d'une certaine gravité, les *hématémèses* éclatent à la fin de l'invasion ou au début de la période d'état; les vomissements bilieux ou glaireux propres à cette phase se teintent peu à peu de sang pour revêtir finalement l'aspect *marc de café* ou *goudron*; accompagnés d'abord de brûlure et de constriction épigastrique, ils se font ensuite par simple regurgitation. On y décele des hématies et des microbes, mais pas de pigments biliaires. Le sang vient parfois de la bouche, du pharynx ou de l'œsophage. Une *stomatite intense* gonfle la muqueuse des joues et des gencives, la voilant d'une couche blanche, pultacée et entraînant un *suintement sanguin* qui colore la langue en noir. La *dysphagie* est extrême, l'*anorexie* absolue. Le *ventre* n'est pas ballonné,

mais sensible au palper. Habituelle, la *constipation* fait, en certains cas, place à une *diarrhée bilieuse*, souvent compliquée de *melæna* (selles noires très fétides). L'oligurie peut aller jusqu'à l'*anurie*. Toujours fatale, celle-ci peut offrir un début brusque, accompagné de douleurs lombaires et de rétraction du testicule.

Quand leur sécrétion persiste, les *urines*, denses, foncées, rougeâtres ou jaunâtres, déposent en abondance: de l'acide urique, des urates, des cylindres et des hématies, mais sont *très pauvres en urée* (1^{er}, 5 ou moins) et plus ou moins albumineuses (50 grammes dans un cas). Dans les cas favorables, les urines s'éclaircissent vers le 4^e ou 5^e jour.

Après la rémission qui termine la phase d'invasion, la température remonte et oscille du matin au soir entre 39° et 40°, mais sans régularité cyclique. Les variations du *pouls* ne sont pas parallèles à celles de la température. Accélééré d'abord, il est déjà plus lent le 2^e jour et redescend à la normale à la fin de la 1^{re} semaine.

Les cas graves comportent: un *état typhoïde* prononcé, avec soubresauts des tendons et carphologie; un *délire* léger ou violent; des *contractures*, partielles et mobiles; la *raideur de la nuque*; souvent, un *spasme du diaphragme* (très grave), et même des *crises d'éclampsie*. Le malade, encore capable de se lever, peut chercher à fuir. Les cas légers guérissent en 5 à 6 jours, les cas sévères curables, en 8 ou 10. La crise favorable est souvent marquée par de la polyurie, des sueurs profuses, de la diarrhée ou un ictère biliphéique. La défervescence est brusque, l'état général et local s'améliorent en même temps; seul, l'ictère peut subsister quelque temps.

En cas d'issue fatale, la *mort* arrive le 4^e ou 5^e jour, plus rarement le 6^e ou le 8^e, exceptionnellement plus tard. L'agitation, le délire augmentent, la température atteint 41° ou tombe au-dessous de la normale (hypothermie); le pouls devient filiforme, la respiration s'accélère ou prend le rythme de Ch. Stokes; les hémorragies se répètent, les urines se suppriment et le collapsus mortel s'affirme.

Toujours graves, les *rechutes* sont fréquentes; les *récidives* sont très rares. La mort résulte parfois d'une complication: adénite, parotidite, gangrènes cutanées (scrotum), néphrite ou paraplégie.

Formes cliniques. — Les prédominances symptomatiques ont fait multiplier les formes cliniques (*gastralgique, ataxique, adynamique, asphyxique, soporeuse, cholériforme, algide, typhoïdique*). On a aussi divisé les formes selon le pronostic, en *abortive, légère, grave, très grave, sidérante*.

Diagnostic. — Plusieurs affections exotiques prêtent à confusion avec la fièvre jaune. Certains *accès perniciox avec ictère* s'en distinguent par l'hypersplénie, l'adynamie et l'absence de rachialgie. La *fièvre bilieuse hématurique*, contrairement à la fièvre jaune, n'est ni épidémique, ni contagieuse, ne comporte ni oligurie, ni douleurs lombaires et épigastriques, mais une tuméfaction spléno-hépatique avec ictère biliphéique précoce; les hémorragies y sont presque uniquement nasales et rénales. Dans ces cas, la présence de l'*hématozoaire de Laveran* est toujours décisive. La *fièvre récurrente* diffère

de la fièvre jaune par la brusquerie du début, la prostration rapide, la rareté des hématuries, la rechute habituelle à échéance fixe, et la présence de spirilles dans le sang. L'ictère grave qui n'offre, avec la fièvre jaune, que des différences étiologiques, s'installe insidieusement, au cours soit d'un ictère biliphéique infectieux (ictère grave dit primitif), soit d'une hépatite chronique (ictère grave secondaire).

XV. — PESTE

Signes étiologiques. — La peste, maladie typhoïde contagieuse, est caractérisée par des éléments spécifiques : les bubons, les charbons et les pétéchies. Endémique en Cyrénaïque, en Arak-Arabie, en Assyrie, en Perse, à Astrakan, dans l'Inde, en Chine, elle a fait des incursions accidentelles à

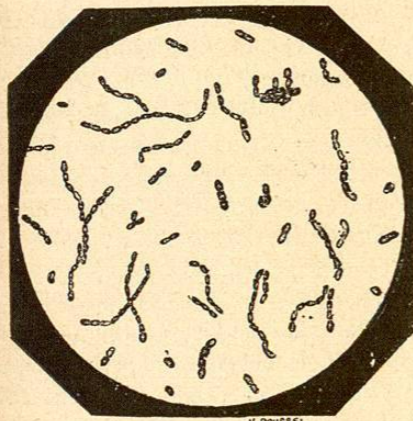


FIG. 216. — Bacilles de la peste en culture.
(Thoinot et Masselin.)

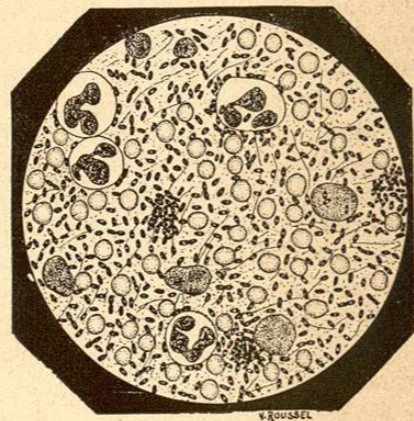


FIG. 217. — Bacilles de la peste dans le sang.
(Thoinot et Masselin.)

Alexandrie, Oporto et même à Vienne et Marseille. Isolé par Yersin en 1894, le contagion est un bacille court à espace clair central, décoloré par le Gram. Les rats jouent un grand rôle dans l'importation et la diffusion du germe pathogène. Quand ces animaux ont succombé au mal, les puces dont ils sont couverts, quittent leurs corps et semblent servir de véhicule au contagion, entre eux et l'homme. Très active, la contagion s'opère par contact direct ou indirect (hardes, marchandises, cadavres). La famine, la misère, la malpropreté favorisent les épidémies.

Signes cliniques. — L'incubation dure 2 à 7 jours. Les prodromes consistent en : malaise, nausées, anorexie, frissons, palpitations, douleurs inguinales ou axillaires.

Invasion. — Soudain, le début est marqué par un frisson violent, de la céphalée, de la rachialgie et de l'angoisse précordiale. Le visage est pâle et prostré, les lèvres sont fuligineuses, la langue, sèche, est traversée en son

milieu par une raie bleu foncé. On constate de la somnolence ou du délire; celui-ci, tantôt tranquille, tantôt régi par des hallucinations terrifiantes. Il y a des nausées, des vomissements, de la constipation ou de la diarrhée; le ventre est météorisé, le foie gros; la température atteint 41° ou 42°; le pouls, petit et inégal bat 120 à 140; le malade tousse et présente parfois les signes physiques d'une pneumonie; les urines sont rares quelquefois sanguinolentes; des hémoptysies ou des épistaxis peuvent survenir.

Bubons. — Exceptionnellement, certains cas légers cèdent en 2 à 3 jours. Plus fréquemment du 2^e au 4^e jour, apparaissent les bubons, souvent en même temps qu'une rémission. Ayant pour principaux sièges : la partie interne et supérieure de la cuisse, à l'embouchure de la saphène interne; le pli inguinal, le cou, l'angle du maxillaire inférieur, l'aisselle, le creux poplité, plus rarement le coude; ils consistent en tumeurs dures, variables de forme et de volume, parfois grosses comme un œuf de poule (à l'aîne), occasionnant soit une tension pénible, soit de vives douleurs. Les bubons se terminent par résolution, ce qui est la règle, ou par suppuration et ulcération; leur durée atteint alors 3 à 4 semaines. Quand les ganglions profonds sont tuméfiés, il en résulte des troubles de compression variés : dyspnée, œdèmes, névralgies, et, s'ils suppurent, des complications graves : péritonite, pleurésie, péricardite, pyhémie.

Charbons. — Contemporains des bubons, ou consécutifs (1/2, 1/4 ou 1/5 des cas) les charbons commencent par de petites élevures rouges provoquant d'abord une vive chaleur et un violent prurit, puis s'élargissant pour se couvrir de vésicules. Bientôt, ces éléments sont frappés de sphacèle; souvent la nécrose n'atteint que le derme, mais il arrive aussi qu'elle gagne les muscles et même les os. En nombre très variable (1, 12, 15, 50), les charbons peuvent siéger sur tous les points du tégument, sauf à la paume des mains et à la plante des pieds.

Il n'est pas rare d'observer d'autres éruptions : roséole, exanthème varicelloïde, miliaire, pétéchies; ces dernières, semées sur le cou, la poitrine et les membres, sont plus graves, en raison des hémorragies, qui souvent les accompagnent.

Formes. — On a coutume de décrire : 1° une forme gastro-intestinale où prédominent la diarrhée et les vomissements; 2° une forme respiratoire; 3° une forme hémorragique. Charcot distingue : 1° une forme foudroyante mortelle en quelques heures, 2 à 5 jours; 2° une forme grave décrite plus haut, terminée soit par un coma mortel, du 5^e au 5^e jour, soit par la guérison succédant à une crise sudorale du 8^e au 10^e jour, encore possible quand les bubons suppurent, mais plus tardive (plusieurs semaines). Les formes suppurées peuvent laisser des infirmités définitives : surdité (otite suppurée) ou amaurose (charbons de la face). La moindre imprudence peut déterminer une rechute. Les récidives ne sont pas rares.

Diagnostic. — Il n'est difficile qu'au début des épidémies; les cas bénins prêtent à confusion avec les adénites simples ou vénériennes, les parotidites; les cas graves, avec : la fièvre typhoïde, le typhus, certaines

fièvres paludéennes, la *dengue*, le *charbon*. Ces erreurs seront évitées par une analyse clinique minutieuse et, en certains cas, par l'*examen du sang* (hématozoaire, bactériidie, spirille) ou le *séro-diagnostic* (agglutination).

XVI. — BÉRIBÉRI

Signes étiologiques. — Le *béribéri* est une infection à manifestations nerveuses observée en un certain nombre de foyers exotiques : l'Inde, la Chine, l'Annam, le Japon, la Polynésie, la Malaisie, l'Arabie, la côte orientale d'Afrique, Madagascar, le Brésil et les Antilles. Il sévit surtout sur les hommes de couleur de 30 à 40 ans, habitant les terres basses et humides, imprégnées de matières putrides; la misère et l'encombrement le favorisent. On en distingue une *forme paralytique* et une *forme hydropique*.

Signes cliniques. — Forme paralytique. — La maladie commence insidieusement par une *faiblesse* progressive des membres inférieurs; les genoux fléchissent, les jambes, quoique atteintes d'*anesthésie* cutanée, sont sensibles à la pression. La *parésie* débute par les orteils et les pieds, gagne les jambes, les cuisses, puis le tronc et les membres supérieurs, quelquefois atteints les premiers. Habituellement du *type paraplégique*, elle peut aussi prendre la *forme monoplégique* ou *hémiplégique*. Frappant spécialement, aux membres, les extenseurs et les interosseux, elle crée des *attitudes particulières* : flexion des doigts dans la paume de la main (*griffe béribérique*), chute de la pointe du pied en bas et en dedans. Laborieuse, la *marche* répond à *plusieurs types* : le sujet traîne les jambes, *steppe* ou *fauche*; ailleurs il est tout à fait incapable de marcher.

Quand la paralysie est intense aux membres, elle n'épargne pas les *muscles du thorax* et surtout de *l'abdomen*; le sujet ne peut plus ni tousser, ni se redresser dans son lit. La *paralysie laryngée* entraîne l'aphonie. Les nerfs crâniens sont habituellement indemnes.

A la paralysie s'ajoute quelquefois de la *contracture* des muscles de la face. On constate souvent des *contractions fibrillaires* et l'*abolition des réflexes rotuliens*. Les réactions électriques sont plus ou moins modifiées; on peut observer la *réaction de dégénérescence*.

La *sensibilité* est toujours atteinte. Les sensibilités tactile, douloureuse, thermique, électrique sont plus ou moins émoussées, mais rarement abolies. Prédominante aux extrémités, cette anesthésie suit l'évolution des paralysies motrices; elle rend les mouvements maladroits et trouble la marche qui peut rappeler celle des tabétiques.

Les *troubles douloureux* sont variés : fourmillements, froid, brûlure, piqures, talalgie, arthralgies, endolorissement de la nuque et du rachis, douleurs en ceinture, anxiété précordiale, crampes dans les mollets, sensibilité des muscles à la pression.

L'*atrophie musculaire* peut être très prononcée, quelquefois masquée par une adipose extrême (pseudo-hypertrophie). La *peau*, celle des extrémités

surtout, perd son élasticité, devient sèche et se couvre de squames furfuracées; elle se pigmente chez les blancs et s'éclaircit chez les noirs. Le tégument peut devenir le siège d'*exanthèmes* divers, de *sueurs* généralisées ou localisées. Tel est le *béribéri sec ou paralytique*.

Forme hydropique. — Dans une autre forme (*forme humide ou hydropique*), à la paralysie, s'associe un œdème tantôt *limité aux pieds* (*forme mixte*), tantôt *généralisé* et masquant, plus ou moins, les accidents nerveux. Dans ces cas, le visage est bouffi, le cou énorme, les paupières sont incapables de s'écarter; le scrotum atteint les dimensions d'une tête d'enfant. Survenant brusquement, très variable d'un moment à l'autre, l'œdème prédomine sur la face dorsale des membres, les régions sternale et rachidienne; il peut envahir les poumons, la glotte, se compliquer d'*hydro-thorax*, d'*hydro-péricarde*, d'où résultent des *troubles dyspnéiques* plus ou moins intenses, susceptibles d'aboutir à l'asphyxie rapide. Le cœur présente assez souvent des palpitations, de la tachycardie, de l'*asthénie* (*myocardite*) avec pouls petit et dépressible. La *température*, généralement égale ou inférieure à la normale (aux extrémités), ne s'élève que rarement (39° dans la forme fébrile).

La *constipation* et l'*anorexie* sont la règle; la mastication et la déglutition peuvent être gênées; il y a parfois des *vomissements*. L'*agénésie* est habituelle. La *miction* est quelquefois laborieuse; il arrive que l'*oligurie* aille jusqu'à l'*anurie*; l'albuminurie est exceptionnelle.

Évolution. — L'évolution est variable; le *béribéri foudroyant* peut tuer, en quelques heures, par asphyxie aiguë, syncope, ou à la manière de la *paralysie ascendante aiguë*. Les accidents : parésie, œdème, dyspnée, palpitations, marchent aussi très rapidement dans la *forme aiguë* ou *subaiguë*, mais s'atténuent après quelques jours, pour faire place à une guérison progressive. La mort par syncope, asphyxie ou urémie, est pourtant encore possible. La *forme chronique*, coupée de rémissions et de recrudescences, peut durer des mois et des années; la guérison est possible, mais les rechutes et les récidives sont fréquentes. La mort résulte d'accidents cardio-pulmonaires ou des progrès de la cachexie.

Diagnostic. — La dyspnée, la constriction thoracique, l'œdème différencient le béribéri des *myélites aiguës*. L'absence de troubles vésico-rectaux, d'escarres, les rémissions et encore l'œdème le distinguent des *myélites diffuses chroniques*.

Les douleurs, quelquefois fulgurantes, la démarche, les anesthésies rapprochent le béribéri du *tabes*; mais il en diffère par l'absence du signe de Romberg, de troubles oculaires; par l'œdème, la réaction de dégénérescence, etc.

Le béribéri ressemble moins à la *sclérose latérale amyotrophique*, qui débute par les membres supérieurs, et comporte toujours des contractures et l'exagération des réflexes. Il a quelques points communs avec les *névrites périphériques*, mais en diffère par les troubles respiratoires et les œdèmes. La *lèpre anesthésique*, quoique analogue, à quelques égards, au béribéri,

s'en distingue par les mutilations des doigts et des orteils et la tuméfaction de certains nerfs (cubital-radial). Le *myxœdème* s'accompagne de troubles intellectuels qui font toujours défaut dans le bériberi.

XVII. — CHOLÉRA ASIATIQUE

Signes étiologiques. — Le choléra asiatique tire son origine des Indes, et spécialement des rives du Gange. Importé une première fois en Europe en 1825, il y a fait, depuis, cinq apparitions principales (1850-57; 1847-55; 1865-74; 1884-87; 1892), arrivant tantôt *par terre* (Afghanistan, Perse, mer Caspienne, Astrakan), tantôt *par mer* (des Indes à la Mecque, puis à Alexandrie; d'Alexandrie à Beyrouth, Constantinople ou Marseille), avec une rapidité égale à celle des moyens de transport. Certaines épidémies, semblant imputables à la reviviscence d'anciens foyers, n'ont qu'un faible pouvoir de diffusion. Contenu dans les déjections, le *contage* se propage soit par contact (direct ou indirect), soit plutôt par l'eau contaminée des sources, des puits, des cours d'eau, des canalisations. Il pénètre par les voies digestives. Le *terrain* est préparé par : l'encombrement, la misère, la malpropreté, la débilité des âges extrêmes, la dyspepsie habituelle.

L'agent pathogène du choléra est un *bacille* trapu, long de 1 à 2 μ 5, recourbé en virgule, isolé des selles riziformes par R. Koch, en 1885. Il y

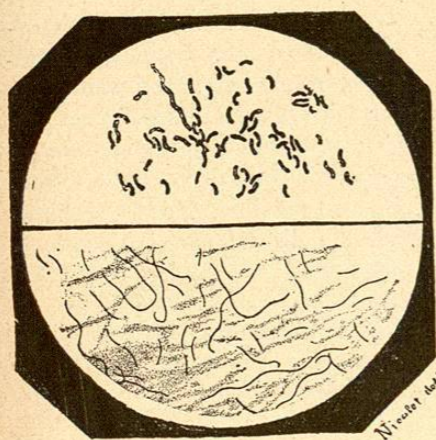


FIG. 218. — Bacilles du choléra, forme en virgule et formes d'involution. (Thoinot et Masselin.)

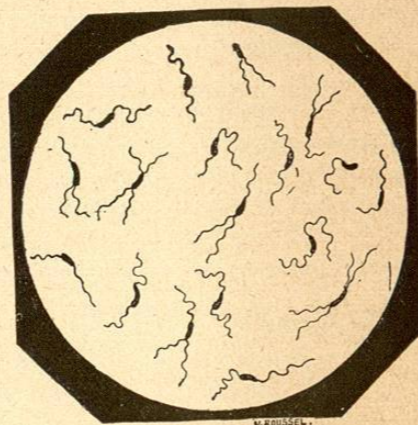


FIG. 219. — Bacilles du choléra avec cils. (Thoinot et Masselin.)

pullule surtout les six premiers jours de la maladie; très mobile, muni de 1 à 4 cils vibratiles, ce bacille cultive sur les milieux usuels, notamment en tubes de gélatine, où il détermine une dépression typique en bulle d'air; décoloré par le Gram, il ne coagule pas le lait. Ses cultures en bouillon, additionnées de 5 à 10 pour 100 d'acide chlorhydrique ou sulfurique pur, prennent une *couleur rose-violet* (*choléra-roth*), qui brunit avec le temps.

Ces différentes réactions permettent de le reconnaître et de le séparer des autres espèces voisines. Il a pour unique habitat (sauf pendant l'agonie) l'intestin (grêle surtout), où sa virulence s'exalte par symbiose avec d'autres espèces microbiennes (*torula*, *sarcines*, *bacilles coliformes*); il agit sur l'organisme principalement par ses toxines.

Signes cliniques. — On peut distinguer : 1° une *phase prodromique*; 2° une *phase de choléra confirmé*; 3° une *phase algide*; 4° une *phase de réaction*.

1° *Phase prodromique.* — La durée de l'*incubation*, encore mal déterminée, est évaluée à quelques heures ou quelques jours. La *diarrhée prémonitoire* ou prodromique dure environ 3 jours, rarement une semaine. Elle éclate d'habitude la nuit, par des coliques avec borborygmes, suivies d'évacuations, d'abord fécaloïdes, bilieuses, puis séreuses; en général, cette diarrhée, souvent précédée, durant quelques jours, de malaise général, de douleurs épigastriques, est indolore ou à peine douloureuse, peu ou pas fébrile et n'altère pas l'appétit. La répétition des selles entraîne une vive lassitude, des vertiges, des frissons, de l'abattement. Après 3 à 6 jours ou quelques heures, le choléra se confirme.

2° *Phase de choléra confirmé.* — Le choléra confirmé succède à la diarrhée prémonitoire, ou éclate d'emblée la nuit, caractérisé par des déjections très répétées et très profuses, d'aspect particulier. Elles sont formées d'un liquide incolore, inodore, tenant en suspension des flocons blanchâtres (grains de riz des *selles riziformes*), détritiques épithéliaux renfermant l'agent pathogène. En même temps se produisent des *vomissements* incessants de matières aqueuses, accompagnés de *crampes gastriques* très douloureuses. La soif est ardente et insatiable, les *urines* tombent à rien; la *langue* est blanche et humide; le *ventre* est affaissé et flasque. Faible et apathique, le malade, les extrémités froides, le pouls petit et fréquent, souffre de violentes *crampes musculaires*.

Cette période, tantôt très fugace (demi-heure, une heure), tantôt durable (un ou deux jours), peut être suivie de guérison après une assez courte convalescence. La mort est possible, dès ce moment, chez les très jeunes enfants et les vieillards débiles.

3° *Phase d'algidité.* — Quand les évacuations sont très profuses, l'*algidité* ne tarde pas à s'établir, annoncée par la diminution de fréquence et d'abondance des selles, ou même par leur suppression. Le sujet accuse de la céphalée, des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, des éblouissements; sa voix se casse, puis s'éteint, son nez s'effile, ses yeux s'enfoncent et se cernent; en proie à une vive angoisse, il est secoué de continuel efforts de vomissements et souffre d'atroces crampes dans les mollets. Le *refroidissement* surtout est typique; les parties périphériques sont comme glacées (température inférieure à la normale de 10° à 12° C.), quoique la température centrale reste relativement élevée. Le malade accuse une intolérable sensation de cha-