

gris d'acier ou noirâtre, parfois chocolat. Ce changement de coloration est dû à un amas de matières pigmentaires dans l'appareil vasculaire de l'organe : c'est là le foie pigmenté.

La rate présente absolument les mêmes lésions; elle est d'une teinte sombre ou d'un noir bleuâtre, cette couleur est uniforme ou disséminée par taches. Enfin dans son intérieur on trouve, en quantité plus grande encore, les mêmes matières pigmentaires que dans le foie.

On trouve constamment aussi du pigment noir dans les capillaires du poumon.

On en trouve également dans le cerveau, où il est plus facile encore à découvrir, parce qu'il tranche sur la couleur blanche de l'organe. La substance corticale prend alors la teinte du chocolat ou du graphite, tandis que la substance médullaire n'est nullement modifiée ou ne l'est que dans des cas où la pigmentation est considérable. Au microscope, on peut voir les capillaires pleins de granules et de particules noirs, tantôt uniformément répartis, tantôt accumulés en masses.

Qu'est-ce donc que ce pigment? Quel est son mode de formation dans l'organisme?

Le pigment est une matière d'un noir foncé ou d'une couleur brune ocreuse, ou, par exception, d'un jaune rouge. Il est constitué en grande partie par des granules auxquels s'ajoutent un petit nombre de véritables cellules pigmentaires, à l'intérieur desquelles se voient des grains noirs plus ou moins nombreux. Les granules pigmentaires sont amorphes; mais les agglomérats qu'ils forment sont tantôt irréguliers et tantôt cylindriques, parce qu'ils se sont moulés dans l'intérieur des vaisseaux.

Le pigment résulte de la transformation de l'hématine, et cette transformation peut s'opérer partout, en dehors même du système vasculaire. Je vous prie de vous rappeler ce fait. C'est-à-dire que cette métamorphose est un phénomène purement physique, absolument indépendant des lois de la vie.

Voilà le fait; voici maintenant la théorie:

Le pigment se fabrique dans la rate, qui décompose les globules sanguins et transforme leur hématine en pigment. Le pigment ainsi formé passe dans la veine porte, puis dans le foie, dans la veine cave et le cœur, d'où il est entraîné dans la circulation générale. Nous voici ramenés à la doctrine antique de l'atrabile, mais à une doctrine plus scientifique et armée de toutes pièces.

La fièvre intermittente détermine une hyperémie de la rate; sous l'influence de cette hyperémie la rate fabrique une plus grande quantité de pigment. « En effet, dit Frerichs, dans l'état normal, le sang passant tout à coup de capillaires étroits dans de larges cavernes veineuses, il s'écoule avec lenteur et parfois stagne en certains points; alors se forment des conglomérats de corpuscules sanguins qui peu à peu se métamorphosent en pigment. Dans les hyperémies qui se produisent dans la rate à la suite des fièvres intermittentes, ces

stagnations sont extrêmement marquées, et il en résulte la formation de masses de pigment (1). »

Aussi l'avis de Frerichs est-il « que le pigment se développe aux dépens du sang qui séjourne dans les sinus veineux; les cellules en fuseau et en massue de ce pigment sont formées par l'épithélium de la paroi interne des sinus, imbibé d'hématine décomposée; les cellules globuleuses sont des corpuscules blancs du sang chargés de molécules de matière colorante; les amas pigmentaires sont des fragments détachés de concrétion » (2). J'ai cité textuellement afin d'être sûr de bien vous exposer la théorie allemande.

Cette destruction plus considérable de globules sanguins par la rate aurait pour premier effet direct et nécessaire l'appauvrissement du sang, et ainsi s'expliquerait l'anémie, si habituelle à la suite des fièvres palustres.

Quant à la production exagérée du pigment, elle entraînerait une série de conséquences organiques et fonctionnelles, par suite de ces deux phénomènes tout mécaniques: l'encombrement d'une partie des capillaires et le barrage de la circulation. Frerichs admet, en effet, que des masses de pigment s'arrêtent dans les capillaires des organes et y constituent des espèces d'embolies.

A cette doctrine mécanicienne, qui n'est au fond que l'application de la doctrine de l'embolie à la théorie des accidents pernicieux, doctrine par trop superficielle, car elle est en contradiction même avec l'observation propre des auteurs qui l'invoquent, nous faisons, M. Peter et moi, les objections qui suivent:

L'encombrement par embolie doit se produire et se produit d'abord dans les capillaires du foie, qui est le premier organe placé sur le trajet du sang qui revient de la rate. L'oblitération d'une partie des capillaires hépatiques et la stase du sang qui en résulte produisent un trouble de l'hématose, puisque le foie est un organe d'hématopoïèse, et Frerichs ne serait pas éloigné de croire que les hémorragies gastro-intestinales, les diarrhées profuses, les vomissements, etc., sont les conséquences ultérieures des troubles fonctionnels du foie.

Cependant une partie du pigment traverse cet organe, passe dans le cœur droit, et arrive dans les poumons où elle devrait créer des encombrements pigmentaires; mais il paraît que là cette matière malfaisante ne produit pas de fâcheux effets, car Frerichs fait observer que les autopsies ne permettent pas de rapporter la dyspnée ni les autres troubles des fonctions respiratoires à une obstruction des capillaires du poumon par le pigment. Or, vous savez que de tous les organes les capillaires du poumon sont les plus petits. On ne comprend donc pas pourquoi le pigment qui a pu traverser les capillaires du foie, qui ont un diamètre plus considérable, ne s'arrêterait pas dans ceux du poumon,

(1) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie*, traduit de l'allemand par Louis Duménil et J. Pellagot. Paris, 1866, p. 497.

(2) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie*, 2^e édition, 1866.

dont le diamètre est moindre ; mais ce n'est pas là la seule inconséquence de ce système iatro-mécanicien.

Voilà donc que, malgré l'invraisemblance, le pigment traverse le poumon, arrive dans le cœur gauche et est lancé de là dans tout le reste de l'organisme : il en résulte cet état dont vous avez entendu parler, la *mélanémie*, qui explique la coloration spéciale du visage dans la cachexie palustre. Alors il devrait y avoir partout embolie pigmentaire. Cependant ce sont le cerveau et les reins qui jouissent à peu près seuls du fâcheux privilège de l'embolie.

« Dans les capillaires les plus fins du cerveau, dit Frerichs, principalement dans ceux de la substance corticale, s'amassent de nombreuses particules de pigment qui ont traversé, *sans y être retenues*, les vaisseaux du foie et du poumon. » Il y a souvent, « par suite de ces troubles mécaniques de la circulation, des déchirures vasculaires et des apoplexies capillaires nombreuses ». Quant aux troubles fonctionnels, « ce sont la céphalalgie et le vertige, ou bien le délire, et plus souvent encore le coma, parfois enfin des convulsions et des paralysies ».

Le trouble fonctionnel du côté des reins est l'albuminurie.

A cette théorie des fièvres intermittentes pernicieuses par embolie ou barrage, les objections se présentent en foule. Toute embolie suppose nécessairement un agrégat trop volumineux pour traverser les capillaires des organes et en particulier du cerveau. Mais l'anatomie démontre que les capillaires du poumon sont avec ceux du cerveau les plus petits de l'organisme, il s'ensuit que l'agrégat pigmentaire a dû éprouver au préalable une impossibilité matérielle à traverser les capillaires du poumon, de sorte que l'on ne peut échapper à ce dilemme : Ou le pigment n'a pas franchi les capillaires du poumon, et il y a embolie pulmonaire, tout ce qui a traversé le foie s'arrêtant dans les capillaires du poumon ; or, c'est ce qui n'est pas. Ou le pigment a pu franchir les capillaires du poumon, et alors il doit pouvoir traverser les capillaires de tous les organes, puisque ces capillaires sont égaux ou plus volumineux que ceux du poumon ; or, c'est ce qui n'est pas davantage.

Cependant on ne peut nier l'existence de la couleur pigmentée des organes ni la présence de masses de pigment dans leurs capillaires. Un fait ne se nie pas ; mais il est de ce fait une explication toute naturelle, c'est que le pigment s'est formé sur place et qu'il est un effet au lieu d'être une cause. Ainsi Frerichs admet lui-même que le pigment peut se produire partout et même en dehors des capillaires. La pigmentation, phénomène d'ordre physique, est donc simplement due à la *destruction sur place* d'un certain nombre de globules, par stase du sang dans les vaisseaux. Cette stase est elle-même un résultat de congestions viscérales répétées, congestions passives et dont l'intensité est proportionnée à celle de la fièvre. La coloration noirâtre des organes et en particulier des centres nerveux avait été notée par les auteurs qui ont étudié les fièvres perniciosus, et en particulier par MM. Maillot et Bailly ; mais cette coloration, ils l'avaient attribuée aux congestions liées à l'existence même des accès. N'est-il

pas plus simple en effet de voir dans les accidents perniciosus les effets « du raptus sanguin qui s'opère vers les centres nerveux et leurs enveloppes » (1), et dans la pigmentation le résultat physique d'une altération consécutive et toute *cadavérique* du sang, altération qui s'est opérée *sur place*, par destruction locale des globules entassés dans les capillaires distendus par la congestion pendant la vie. Cette doctrine si simple, qui se présente si naturellement à l'esprit, est assurément plus vraie et en tout cas plus vraisemblable que celle qui invoque une migration embolique que nous avons démontrée être physiquement inadmissible.

Il est encore à cette théorie une objection toute clinique, c'est le fait même de l'*intermittence*, qui ne se comprend pas avec une *lésion permanente*. En effet, si la pigmentation est due à une embolie, elle doit nécessairement persister, autrement elle ne serait pas une embolie. Et dans ce cas pourquoi n'y a-t-il pas des accidents permanents comme la lésion ?

Il est enfin une objection thérapeutique, c'est l'action toute-puissante des préparations de quinquina, qui ne s'explique absolument pas dans la théorie pigmentaire. Comment comprendre en effet que le sulfate de quinine puisse conjurer, comme il le fait, les accidents perniciosus, si la cause prochaine de ces accidents était un barrage des vaisseaux du cerveau, contre lequel le quinquina est absolument sans pouvoir ?

Ainsi, suivant nous, le pigment trouvé dans les vaisseaux s'est formé sur place et par le fait de congestions violentes et répétées.

En résumé, et pour conclure, j'admets que la fièvre intermittente perniciose est une maladie générale produisant des congestions viscérales multiples, avec prédominance vers les centres nerveux.

De ces congestions résulte, au point de vue organique, tantôt une altération sur place des globules sanguins, ou pigmentisation, tantôt une hémorragie interstitielle ; et il en résulte, au point de vue dynamique, des troubles fonctionnels plus ou moins graves.

J'ajoute, pour terminer, qu'il peut y avoir pigmentation du cerveau sans accidents perniciosus et accidents perniciosus sans pigmentation. Frerichs lui-même en convient avec une bonne foi scientifique qu'on ne saurait louer trop hautement. « Si, dit-il, nous comparons les données microscopiques avec les symptômes observés pendant la vie, nous trouvons d'un côté des cas où, *en dépit* de la *coloration obscure* du cerveau, il ne s'est produit aucun trouble cérébral, et d'un autre côté des cas où des désordres cérébraux existaient en l'absence de toute pigmentisation de l'organe. Il en était ainsi six fois sur vingt-quatre cas de fièvre intermittente céphalique. Les anciens observateurs, tels que Lancisi, Sénac, Bailly (2), ont fait la même observation qu'ont confirmée

(1) Maillot, *Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes*. Paris, 1836.

(2) Bailly, *Traité anatomico-pathologique des fièvres intermittentes simples et perniciosus*. Paris, 1825.

Maillot (1) et Haspel (2). On ne peut donc douter que les accidents cérébraux précédemment décrits ne puissent se produire avec la fièvre intermittente sans qu'il y ait *mélanémie*, et, qu'en dehors de celle-ci, il n'existe d'autres causes pouvant provoquer ces accidents pernicieux (3). »

Messieurs, dans toutes les formes que revêtent les fièvres pernicieuses nous retrouvons tantôt séparés, tantôt réunis les trois éléments, douleur, fluxion et flux, qui caractérisent les fièvres dites larvées dont j'ai maintenant à vous entretenir.

Les fièvres pernicieuses, du reste, celles du moins que nous désignons avec les auteurs des siècles passés par l'épithète de *comitate*, ne sont rien autre chose que des *fièvres larvées*.

Vous savez ce que l'on entend par une maladie larvée, qu'il ne faut pas confondre avec une maladie latente.

Une *maladie latente* se cache réellement; si c'est, par exemple, une pleurésie, elle ne se révèle par aucun symptôme extérieur. L'individu qui en est atteint n'a éprouvé aucun des phénomènes qui accompagnent d'ordinaire l'inflammation de la plèvre; il n'a eu ni point de côté, ni toux, ni gêne de la respiration, et lorsque le médecin vient à découvrir l'existence de l'affection, c'est seulement au moyen des signes physiques que la percussion et l'auscultation lui fournissent.

Une *maladie larvée*, loin de se cacher, se manifeste hautement; mais pour se manifester elle emprunte le masque (*induit larvam*) d'autres maladies qui n'ont avec elle aucune analogie ou qui n'ont que des analogies très-éloignées.

Ainsi la fièvre pernicieuse, comme je vous l'ai dit, simule tantôt, dans sa forme délirante, la fièvre cérébrale; tantôt l'apoplexie ou l'épilepsie; tantôt la pneumonie ou la pleurésie; tantôt le choléra ou la dysenterie, etc. Toutefois, en empruntant à ces maladies quelques-uns de leurs principaux phénomènes, elle en conserve d'autres auxquels on peut la reconnaître; de plus, les premiers eux-mêmes manquent de plusieurs des caractères essentiels qui appartiennent exclusivement aux affections dont les noms, faute de mieux, nous servent à désigner les diverses espèces de fièvres pernicieuses.

Je m'explique. La pernicieuse épileptiforme emprunte à l'épilepsie ses accidents convulsifs, mais ces accidents diffèrent quant à leur marche et à leur terminaison de ceux de l'épilepsie. Dans la pernicieuse pneumonique, les accidents thoraciques, les râles crépitants, l'expectoration sanglante, rappellent ce que l'on observe dans certaines formes du catarrhe péripneumonique; mais à ne tenir compte que de l'aspect même des crachats, vous trouvez déjà

(1) Maillot, *Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes*, Paris, 1836.

(2) Haspel, *Maladies de l'Algérie*. Paris, 1850.

(3) Frerichs, *Maladies du foie*, 1866, p. 503.

de notables différences. La pernicieuse dysentérique a bien avec la dysenterie ce caractère commun des selles sanglantes, mais le ténésme, les excréments glaireux, d'une si grande valeur dans un cas, manquent dans l'autre. En observant ensuite la marche, les allures du mal, on ne conserve plus de doute sur sa nature.

Si la plupart des fièvres pernicieuses sont en même temps des fièvres larvées, il ne s'ensuit pas que les fièvres larvées soient nécessairement pernicieuses, ainsi, la diathèse palustre se masque ordinairement sous la forme de *névralgies* et de certaines névroses.

Une femme couchée au n° 17 de notre salle Saint-Bernard vous en offre aujourd'hui un des types les plus communs.

Cette malade, qui est âgée de vingt-six ans, vous raconte qu'il y a environ quatre ans, six mois après la naissance de son premier enfant qu'elle allaitait, elle fut prise d'une névralgie faciale, affectant plus particulièrement l'œil, qui, à chaque crise de douleur, devenait le siège d'une congestion très-vive, et laissait couler d'abondantes larmes. Ces accidents revenaient régulièrement tous les trois jours; ils étaient annoncés par des frissons, pendant lesquels survenait la douleur, qui augmentait dans la période de chaud, pour diminuer dans la période de sueur, et cesser complètement au bout de quelques heures. Cette première attaque de névralgie intermittente résista pendant plusieurs mois au traitement énergique qu'on lui opposa; la malade finit par en guérir.

Il y a trois mois, les mêmes accidents se sont reproduits dans des circonstances analogues, c'est-à-dire après un accouchement et pendant l'allaitement; avec cette différence qu'au lieu d'être sous-orbitaire comme la première fois, la névralgie était et est occipitale.

Si dans ce cas nous ne trouvons aujourd'hui que l'élément douleur, dans la première attaque les trois éléments, *douleur, fluxion et flux*, qui caractérisent, comme je vous l'ai dit, la fièvre larvée, étaient très-manifestes.

La douleur siégeait dans une des branches de la cinquième paire; la fluxion, occupant la membrane muqueuse de l'œil, arrivait au degré de la congestion, congestion qui, dans quelques circonstances, peut être assez violente pour simuler une ophthalmie grave; le flux, c'était l'abondante sécrétion de larmes.

Les nerfs de la cinquième paire sont le lieu d'élection le plus ordinaire de ces fièvres larvées. La névralgie revient à des intervalles réguliers et prend les différents types de la fièvre intermittente, quotidienne, tierce, double-tierce, quarte, double-quarte et triple-quarte. La névralgie se règle de cette façon, quel que soit son siège, qu'elle occupe le nerf sciatique, que ce soit une *gastro-entéralgie* ou une *entéralgie*.

Il en est de même de certaines *névroses*, qui constituent, ainsi que je vous le disais tout à l'heure, des formes de la fièvre larvée.

Parmi ces névroses, je vous citerai la *toux spasmodique*, qui, chez les indi-

vidus qui se sont exposés à l'affection palustre, revient d'une façon paroxysmique tous les jours à la même heure, tous les deux jours, tous les trois jours, sans être accompagnée d'expectoration, d'aucun autre phénomène morbide du côté de la poitrine, et qui cède merveilleusement aux médications à l'aide desquelles nous venons généralement à bout des accidents analogues.

Je vous citerai une espèce d'*asthme* revenant également à des périodes régulières et obéissant aux mêmes indications thérapeutiques.

Je vous citerai certaines *migraines*, certains *hoquets*, auxquels les mêmes remarques sont applicables.

Il est enfin des *insomnies* qui, revenant toutes les deux ou trois nuits, sans fièvre, sans frisson antécédent, sans sueurs, sont évidemment de même nature et se guérissent par les mêmes moyens.

J'en dirai tout autant des *flux périodiques*, qui ont lieu soit du côté des fosses nasales, soit du côté de l'utérus, soit du côté de l'intestin, flux périodiques qui tantôt seulement *muqueux*, mais quelquefois aussi *sanglants*, et plus ou moins abondants, ne sont accompagnés d'aucun autre accident, et cèdent encore à la médication qui convient dans les fièvres palustres.

Il vous deviendra maintenant plus facile, messieurs, de comprendre le mécanisme des fièvres larvées pernicieuses. Vous venez de voir, dans la névralgie intermittente, la douleur, la fluxion, le flux. Transportez ces phénomènes sur un autre appareil nerveux, sur les nerfs ganglionnaires ou sur les nerfs mixtes, comme le pneumogastrique par exemple, et vous souvenant des belles expériences de M. Cl. Bernard (1), vous comprendrez tout de suite combien de perturbations les modifications morbides de ces nerfs pourront faire naître dans les fonctions des appareils. Supposez, dans le poumon, dans l'intestin, les mêmes phénomènes que ceux que vous venez d'observer dans l'œil, et tout de suite vous allez comprendre la dyspnée, les râles crépitants, l'expectoration, et ailleurs les douleurs intestinales, les flux excessifs de la membrane muqueuse gastro-intestinale et ceux des glandes qui y versent leurs sécrétions. Transportez dans le cerveau, dans la moelle, l'élément douloureux et fluxionnaire que vous aviez tout à l'heure dans le nerf sus-orbitaire, et voyez si vous n'aurez pas des phénomènes nerveux tenant soit à l'élément douleur lui-même, soit à l'élément fluxionnaire, phénomènes nerveux traduits par du délire, des convulsions, de la stupeur, du coma, etc., etc.

Ainsi s'expliquent, avec une certaine facilité, les accidents si diversifiés des fièvres larvées simples ou pernicieuses; ainsi se confirme cette opinion déjà soutenue par d'autres que moi, et à laquelle je me range complètement, à savoir, que les fièvres intermittentes, sous quelque forme qu'elles se traduisent, doivent être rangées dans la classe des névrose.

Voyez en effet, messieurs, combien de motifs nous avons pour adopter cette

(1) Claude Bernard, *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux*. Paris, 1858.

opinion. La soudaineté de l'invasion de la maladie, sa rapide disparition; la véhémence des symptômes qui la caractérisent, et en même temps la fugacité de ces mêmes symptômes; les désordres terribles qui surviennent dans toute l'économie, désordres qui, dans les fièvres pernicieuses, ne peuvent se répéter sans que la vie soit mise en grand péril; et en même temps la sécurité trompeuse que va nous donner cette fièvre, dans l'intervalle des accès les plus formidables; et puis la facilité singulière avec laquelle nous nous rendons maîtres d'une maladie dont les formes étaient si effrayantes: tout cela, messieurs, ne dépose-t-il pas en faveur de l'idée d'une névrose. Et puis quand nous voyons la fièvre larvée la plus commune se traduire par des névralgies; quand nous voyons les fièvres larvées pernicieuses accompagnées le plus souvent de ce que les plus incrédules regardent forcément comme des accidents nerveux; lorsque, dans ces mêmes fièvres pernicieuses, il est si facile de se rendre compte des accidents par le trouble apporté soit dans les masses nerveuses, soit dans les nerfs ganglionnaires, on se trouve conduit, malgré soi, à faire de toutes les fièvres intermittentes des névrose à manifestations variées.

De ce qu'une névralgie est intermittente, il n'en faut pas conclure que ce soit nécessairement une fièvre larvée. En été, par exemple, vous verrez assez souvent des névralgies violentes, apparaissant chaque matin pour disparaître chaque soir, et se reproduisant ainsi pendant six, sept, huit jours de suite. Cette *névralgie solaire* s'observe dans les pays les plus salubres, en dehors de toute influence des miasmes marécageux.

Si l'intermittence est le caractère prédominant de la fièvre larvée, il importe aussi, pour établir un diagnostic, de s'enquérir des antécédents du malade qui en est affecté. Très-commune là où les fièvres palustres sont endémiques, elle est rare partout ailleurs, et ici en particulier nous avons bien peu souvent occasion de l'observer, à moins que ce ne soit chez des individus qui ont habité depuis plus ou moins longtemps des pays marécageux, que ces individus aient eu autrefois ou non des fièvres intermittentes régulières.

Le fait du séjour, à une époque antérieure plus ou moins rapprochée du début des accidents, dans un pays marécageux, donne donc déjà pour le diagnostic des présomptions qui se changent en presque certitude, si l'engorgement de la rate, la teinte particulière de la peau, viennent témoigner d'une cachexie plus ou moins profonde. Le doute n'est plus possible sur la nature du mal, quand celui-ci cède bien franchement au traitement des affections palustres.

§ 3. — Traitement: par le quinquina (méthodes romaine, anglaise, française);
— par l'arsenic, médication du docteur Boudin.

Il me reste à présent, messieurs, à vous parler du *traitement*.
Je n'ai pas besoin de vous dire que le quinquina et ses dérivés, la quinine et le sulfate de quinine, en sont la base. Il n'est personne qui ne sache que

les fièvres intermittentes se *coupent* à l'aide de ces précieux médicaments. Mais ce que tout le monde ne sait pas, ce que même un grand nombre de médecins semblent ignorer, c'est que couper la fièvre n'est pas synonyme de la guérir.

Pour obtenir du quinquina tous les effets qu'on en doit attendre, il faut l'administrer avec méthode.

La meilleure, à mon avis, est celle que l'on pourrait appeler la *méthode française* préconisée par Bretonneau, méthode que j'ai essayé de perfectionner et qui est une heureuse combinaison des méthodes de Torti et de Sydenham.

La méthode de Torti, dite aussi *méthode romaine*, parce que ce fut elle adoptée la première par les jésuites de Rome, qui la tenaient de leurs confrères de Lima, la méthode de Torti consiste à donner le quinquina immédiatement avant l'accès et à le donner à fortes doses en une seule fois.

Cette méthode a des inconvénients que Sydenham avait parfaitement indiqués. D'une part, lorsqu'on donne le quinquina immédiatement avant le paroxysme, il est souvent vomi; et cet inconvénient avait été reconnu par Torti lui-même qui, pour cette raison, consentait à donner quelquefois le quinquina après l'accès. D'autre part, ainsi que cela a été de nouveau confirmé par les expériences de Bretonneau, l'accès qu'on prétend empêcher est au contraire ordinairement plus violent et plus douloureux pour le malade.

Afin d'éviter ces inconvénients, Sydenham, Morton, faisaient prendre le médicament le plus loin possible de l'accès à venir, en commençant par conséquent immédiatement après celui qui finissait.

Sydenham formulait ainsi :

℞ Poudre de quinquina..... une once (32 grammes).
Sirop de rose et d'œillet..... q. s.

Pour faire un électuaire que l'on divisait en douze doses, à prendre de quatre en quatre heures, à partir de la fin de l'accès.

Ou bien il prescrivait un vin composé de :

Poudre de quinquina..... une once,

mélangée dans :

Vin rouge ordinaire..... deux livres;

dont le malade prenait de huit à neuf cuillerées de la même manière.

Vous nous avez vu, en plusieurs circonstances, et dernièrement encore dans un cas de fièvre quarte opiniâtre, avoir recours à un électuaire semblable à celui de Sydenham, avec cette seule différence que nous remplacions le sirop de rose et d'œillet par la conserve de roses, et mieux par le sirop d'écorce d'oranges amères qui a l'avantage de masquer le goût désagréable du quinquina.

Ce précepte de donner le quinquina le plus loin possible de l'accès à venir, est d'une importance incontestable. La raison en est d'ailleurs bien simple. Le principe actif du médicament, qui n'est ni volatil, ni diffusible, est absorbé lentement, et il lui faut un certain temps pour modifier l'organisme. Ce temps, quand la dose n'excède pas les limites ordinaires, est au moins de dix-huit à vingt-quatre heures; quand elle est plus forte, six, huit, douze heures suffisent.

De là ressort que la meilleure méthode de traitement sera celle qui consistera à donner, le plus loin possible de l'accès à venir, une forte dose de quinquina en trois ou quatre prises très-rapprochées.

C'est là aussi la méthode de Bretonneau, heureuse combinaison, comme je vous le disais en commençant, des méthodes de Sydenham et de Torti; c'est là la méthode que vous me voyez employer. En vous y conformant, vous obtiendrez des résultats beaucoup plus complets, beaucoup plus sûrs, avec des quantités de quinquina beaucoup moindres qu'il ne vous en faudrait autrement. Ainsi, tandis que 15 grammes de quinquina administrés en une seule fois, suffisent ordinairement pour supprimer un accès de fièvre intermittente légitime, 30 grammes, c'est-à-dire deux fois davantage, donnés dans l'espace de cinq ou six jours, dans les intervalles apyrétiques, resteront sans effet. Il ne faut pas cependant entendre suivant la lettre judaïque le précepte de Torti et de Bretonneau. Par *une seule dose*, on doit entendre que la quantité prescrite de quinquina soit ingérée dans un espace de temps très-court, une, deux, trois heures au plus, car on conçoit qu'il est des malades qui ne supporteraient pas facilement d'avalier d'un coup 15 et même 8 grammes (c'est la dose de Torti (1), c'est celle que je prescris habituellement) de poudre de quinquina. Cela s'applique aussi au sulfate de quinine.

Dans les fièvres intermittentes légitimes et simples, les seules dont il soit à présent question, c'est au premier que je donne la préférence sur le second. En voici les raisons.

Il ne m'est pas démontré que la quinine, et à plus forte raison que les sels comme le sulfate de quinine, résument absolument toutes les vertus de l'écorce de quinquina; l'expérience m'a appris au contraire que si celle-ci agit plus lentement que celui-là, elle agit plus sûrement, plus profondément, si je puis ainsi dire, en ce sens que ses effets salutaires se continuent pendant plus longtemps. Cela tient-il à ce que, indépendamment de la substance que nous regardons comme son principe actif, le quinquina en renferme d'autres que nous ne connaissons pas? Cela tient-il à ce que, en l'administrant en nature, il cède lentement la quinine qu'il contient, de façon que cette quinine puisse s'assimiler, tandis qu'il n'en est pas ainsi du sulfate de quinine, lequel est en partie, en plus grande partie peut-être, éliminé par les urines? C'est là

(1) Torti, *Therapeutico specialis ad febres periodicas perniciosas.*

un point que je ne saurais décider. Toujours est-il que le fait expérimental reste tel que je vous le formulais tout à l'heure.

De plus, et cette raison toute d'économie, qui paraîtra peut-être futile à certains savants, sera appréciée par les médecins, par ceux-là surtout qui exercent leur art dans les campagnes et parmi les populations peu fortunées, le quinquina a sur le sulfate de quinine cet immense avantage de coûter beaucoup moins cher.

Or s'il est besoin de porter au moins à un gramme par jour la dose de sulfate de quinine nécessaire pour supprimer un accès de fièvre intermittente; pour les raisons que je vous exposais, on arrive à des résultats analogues et à des résultats plus certains encore avec 8 grammes de quinquina, c'est-à-dire avec une dose dont le prix est cinq fois moindre que celui de la dose équivalente du sel quinique.

En définitive, quand il s'agit de couper une fièvre intermittente légitime, je donne immédiatement après l'accès qui finit, 8 grammes de poudre de quinquina jaune, que je fais prendre, soit en une seule dose, soit en deux doses à une demi-heure d'intervalle, dans une demi-tasse d'infusion de café torréfié ou dans une tasse de thé.

Il est rare que cette dose ne prévienne pas le retour de l'accès qui doit suivre. Mais si la maladie est arrêtée, elle ne l'est que momentanément, elle n'est pas guérie, le malade en éprouve quelques légers souvenirs; ce sont une chaleur plus vive accompagnée de malaise, ou, ce qui est bien plus ordinaire, des sueurs abondantes qui se reproduisent aux jours où le paroxysme devrait avoir lieu. Si l'on cesse brusquement la médication, si l'on reste sans revenir au quinquina, les accidents ne tardent pas à reparaitre d'abord plus faibles et moins tranchés, bientôt avec leurs caractères les plus nets et les plus positifs. Il importe donc, bien que les accidents ne se soient pas reproduits immédiatement, de continuer le traitement, de donner le fébrifuge, toujours aux mêmes doses, à des intervalles déterminés, pendant un temps plus ou moins long, suivant que l'individu est malade depuis plus ou moins longtemps, suivant le type qu'a revêtu sa fièvre, alors surtout qu'il habite dans le pays où il l'a contractée.

Torti, dans le traitement des fièvres intermittentes simples, donnait 2 drachmes (8 gram.) de quinquina en poudre immédiatement avant l'accès; puis il continuait chaque jour l'administration du médicament jusqu'à ce que le malade se trouvât tout à fait bien; chaque jour aussi il diminuait les doses du fébrifuge. Cette méthode, que Torti avait acceptée des jésuites de Rome, et qui, à cause de cela, s'appelait *méthode romaine*, ou *méthode des pères*, est excellente, dans un grand nombre de cas, pour les malades qui n'habitent plus les contrées où la fièvre est endémique, et qui n'ont pas eu d'accès longtemps répétés. Elle délivre du paroxysme pendant dix, quinze jours, quelquefois davantage, mais elle est impuissante à conjurer les récidives.

La méthode de Sydenham, ou méthode anglaise, a une bien autre puissance.

Sydenham, ainsi que je vous l'ai dit, donnait en commençant, immédiatement après la cessation du paroxysme, 32 grammes (1 once) de quinquina en poudre qu'il distribuait à des doses et à des intervalles à peu près égaux, entre l'accès passé et l'accès à venir; puis il administrait la même dose huit, quatorze jours plus tard, suivant le type, et il y revenait encore plusieurs fois de la même manière, surtout si le malade avait eu la fièvre pendant longtemps, et si sa constitution avait été altérée par l'influence palustre.

Cette méthode est bien plus efficace que celle de Torti; elle met bien plus sûrement à l'abri des rechutes; mais elle a ses inconvénients, et je dois vous les dire.

Bien des personnes, en effet, ne peuvent supporter, sans éprouver des vomissements et surtout de la diarrhée, une dose aussi considérable de quinquina en poudre. D'un autre côté, les malades qui ont eu longtemps la fièvre reprennent un accès après quelques jours, et avant que soit arrivée l'époque en quelque sorte sacramentelle fixée par Sydenham pour l'administration nouvelle du quinquina. On peut, il est vrai, parer au premier de ces inconvénients, en donnant en même temps que la poudre fébrifuge une faible quantité d'opium, mais l'objection reste entière lorsqu'il s'agit de malades profondément atteints de la cachexie palustre.

Rappelez-vous, messieurs, cette jeune femme qui arrivait de la Guadeloupe, atteinte d'une fièvre tierce qui durait depuis plus de six mois. Les doses sydenhamiennes, auxquelles il me fallut toujours associer un peu de laudanum, coupaient nettement la fièvre, et laissaient la malade cinq ou six jours sans fièvre; mais du cinquième au septième jour un nouveau paroxysme nous avertissait que si l'accès avait été guéri, la maladie ne l'avait pas été. Il fut donc nécessaire chez elle de recourir à la *méthode de Bretonneau*, ou *méthode française*, que j'ai modifiée d'une certaine manière, et que mon illustre maître avait bien voulu adopter lui-même telle que je l'avais formulée.

Bretonneau trouvait, et avec raison, que les doses que Sydenham donnait chaque jour étaient trop fortes, et quand il s'agit d'un médicament d'un prix aussi élevé que le quinquina, et surtout que le sulfate de quinine, quand on considère que la fièvre intermittente sévit le plus cruellement sur les classes pauvres de la société, cette question de valeur vénale prend une importance considérable. L'expérience lui avait appris que la dose de Torti, 8 grammes ou 2 drachmes, était suffisante pourvu qu'elle fût donnée le plus loin possible de l'accès à venir, et qu'elle fût donnée en une seule fois ou bien en deux fois, en laissant un intervalle de quelques heures seulement.

Elle lui avait encore appris qu'en administrant des doses chaque jour décroissantes, comme le faisait Torti, la rechute était presque inévitable. Il adopta donc, quant à la dose, la méthode romaine; quant au mode d'administration, il adopta la méthode de Sydenham, c'est-à-dire qu'il administra le fébrifuge immédiatement après l'accès, et qu'il le donna de nouveau, *toujours*