

En ces dernières années, Ehrlich et F. Guttman, se basant sur ce fait théorique que le bleu de méthylène colore bien les hématozoaires du paludisme, ont préconisé l'emploi de cette substance. M. Laveran n'en a recueilli aucun bon résultat, et il a constaté de plus qu'on n'arrivait pas à colorer, par ce moyen, les hématozoaires du paludisme dans le sang des malades soumis à ce traitement.

En un mot, il n'existe jusqu'ici aucune substance méritant d'être considérée comme véritable *succédané* de la quinine.

Dans les cas de paludisme invétéré et de cachexie palustre, les préparations de quinquina sont préférables à celles de quinine. On peut élever le quinquina jusqu'à la dose de 15 grammes par jour (Sydenham). Le changement de climat pour les cachectiques est souvent le moyen le plus efficace.

Tous les toniques et principalement le *vin*, le *café* et l'*acide arsénieux* trouvent leur indication dans le paludisme. L'arsenic doit être donné à petites doses et non à fortes doses, comme le faisait Boudin, car on provoque ainsi des troubles gastriques qui peuvent déterminer des rechutes de fièvre.

L'*hydrothérapie* peut donner de bons résultats comme médication tonique. Il faut débiter par des douches courtes et tièdes, avant d'arriver aux douches froides et ne pas doucher immédiatement la rate.

CHAPITRE IV

CHOLÉRA ASIATIQUE

(CHOLÉRA MORBUS)

Étymologie. — **Division.** — On a beaucoup discuté sur l'étymologie du mot *choléra*. On a voulu l'attribuer à tort aux langues sémitiques, car le mot *χολέρα* est bien grec et dérive de *χολή*, bile. Ce mot se retrouve dans les anciens livres : dans Hippocrate, Arétée, Celse, C. Aurelianus, Forestier, Sydenham. Mais si le tableau du choléra, tel qu'il a été tracé dans le livre V des *Épidémies*, est fidèle à celui que nous observons encore aujourd'hui, il est certain qu'il ne désignait que notre choléra nostras, notre choléra sporadique actuel.

Quant au choléra vrai, au choléra asiatique, endémique dans l'Inde depuis longtemps, il n'est bien connu de la médecine européenne que depuis 1818.

C'est lui seul que nous devons décrire ici.

Le choléra nostras sera traité avec les entérites aiguës dans les chapitres consacrés aux maladies de l'intestin.

Origine. — Le choléra asiatique est endémique dans l'Inde depuis l'antiquité la plus reculée, comme l'ont établi Schnürer, W. Scott, Tholozan.

Au *xv^e* siècle, quelques médecins, observant dans l'Inde, commencent à donner des renseignements très succincts sur le choléra.

En 1629, Bontius, médecin de la Compagnie des Indes, à Batavia, parle du choléra comme d'une maladie grave.

Au *xviii^e* siècle, les campagnes faites par les Français et les Anglais aux Indes

sont prétextes à de nombreux récits sur l'épidémie qui décime les armées en campagne. Mais c'est à partir de la grande invasion générale de 1817 que l'histoire du choléra est bien connue.

L'Inde est le foyer originel du choléra.

La presqu'île de l'Hindoustan, située entre deux mers équatoriales, balayée par les vents les plus rapides et les orages les plus violents, offre un climat excessif à la fois par la chaleur et l'humidité; le sol est fait d'alluvions que les inondations de chaque année convertissent en limon, qui est un terrain aussi favorable aux décompositions organiques qu'aux fermentations putrides; la population est misérable, sale, mal nourrie, très dense en certains endroits et vivant dans une hygiène déplorable. Ce sont là évidemment autant de causes favorisant la durée et la propagation d'une épidémie; mais pourquoi le choléra est-il entretenu à l'état endémique plutôt qu'une autre maladie? Quelles sont les conditions qui favorisent le développement et la permanence du germe du choléra dans les régions de l'Inde? Pourquoi ce germe peut-il vivre un certain temps dans d'autres contrées, mais ne pas s'y acclimater? Ce sont autant de questions que n'a pas encore aidé à résoudre la connaissance nouvelle du bacille du choléra.

Dans les contrées où le choléra est endémique, la mortalité s'élève en général dans la saison chaude, surtout de mai à août. Cependant, « tout en faisant la part de la chaleur dans le développement des épidémies, il faut reconnaître qu'il n'y a pas dans le choléra le parallélisme qu'on retrouve dans la périodicité régulière des fièvres de marais ». (Laveran.)

Là où le choléra est endémique, il sévit sur les populations misérables. A Calcutta, il règne en permanence dans les quartiers des pauvres et des gens de couleur, et ne fait invasion dans les quartiers riches que lorsqu'il devient épidémique.

Le choléra règne constamment sur quelques points du territoire de l'Inde, surtout dans les localités basses et humides. « A des époques plus ou moins éloignées, coïncidant en général avec des intempéries atmosphériques, de grandes calamités publiques, des guerres, de grands pèlerinages, les foyers locaux se confondent, l'épidémie se répand sur des régions plus ou moins étendues; puis, suivant les grandes voies de communication, les mouvements des troupes, les foules de pèlerins, elle envahit de proche en proche, crée de nouveaux foyers de rayonnement qui font irruption sur le pays tout entier. » (Laveran.)

Pour se rendre compte de cette tendance constante du choléra à la généralisation, il suffit de se rappeler que, d'après Annesley, il y a eu dans l'Inde, de 1817 à 1840, 445 invasions épidémiques qui ont fait périr près de 18 millions d'individus.

Les grandes irruptions dans l'Inde peuvent avoir une durée fort longue. La troisième grande épidémie de ce siècle est celle qui paraît avoir eu le plus de durée; elle a sévi de 1844 à 1855. L'histoire des quatre premières grandes irruptions épidémiques a été décrite avec de grands détails par M. Laveran, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, et l'on trouve sur la marche du choléra les renseignements les plus circonstanciés dans les livres de M. Proust⁽¹⁾.

(1) PROUST, *Traité d'hygiène*, p. 520. — La défense de l'Europe contre le choléra. — Paris, 1892.

Première épidémie générale. — En 1818, le choléra envahit l'île de Ceylan, puis Singapour et le Siam en 1819, le Tonkin, la Cochinchine et Bornéo en 1820, et atteint la Chine et Pékin en 1821.

En même temps, en 1819, le choléra était transporté de Calcutta à l'île Maurice par la frégate anglaise *Reine Topaze*, et rayonnait de ce nouveau foyer jusqu'à l'île Bourbon.

D'autre part, en 1821, le choléra envahit l'Asie occidentale par le golfe Persique et la mer Rouge et gagna Bagdad et la Perse, puis s'étendit sur toutes les côtes de la Syrie et s'arrêta aux portes de l'Europe, à Astrakan, en 1825.

En l'espace de cinq années, le choléra s'était étendu des côtes de la Syrie au Japon, en suivant, nous insistons sur le fait, les grandes voies de navigation.

Première épidémie européenne. — En 1850, le choléra revenait à Astrakan par la route de la Caspienne et la Perse; puis, cette fois, envahissait la Crimée, éclatait à Odessa et, le 20 septembre 1850, faisait son apparition à Moscou.

Au commencement de 1851, les troupes russes, atteintes par l'épidémie, transportent le choléra en Pologne et en Silésie. En été, l'épidémie envahit l'Allemagne, dont elle respecte cependant le sud-ouest; puis, descend en Hongrie, en Basse-Autriche, en Syrie.

A la fin de 1851, de Hambourg, le choléra gagne l'Angleterre par voie maritime et s'étend à Édimbourg et à Londres, au commencement de 1852.

Le 15 mars 1852, le choléra était signalé à Calais, venant d'Angleterre. Le 26, il était à Paris, d'où l'épidémie, s'étendant de proche en proche, envahissait 52 départements, faisant périr plus de 100 000 personnes.

Pendant l'été de la même année, le Canada est atteint, puis les États-Unis d'Amérique jusqu'au littoral du Pacifique.

En janvier 1853, le Portugal est atteint par les recrues venues d'Angleterre, gagne l'Espagne et se propage le long des côtes de la Méditerranée pour s'étendre jusqu'à Marseille et l'Algérie. En 1855, l'Italie était atteinte à son tour, et en 1857, le sud-ouest de l'Allemagne et de la Bavière souffrait du fléau.

Deuxième grande épidémie (1848-1851). — Sa marche est celle de la première. Le choléra sévit d'abord avec intensité dans le nord de l'Inde, puis gagne la Perse en 1844, Bagdad, la Mésopotamie et la Mecque en 1846, atteint les bords de la mer Caspienne en 1847, puis Astrakan et Constantinople.

D'Astrakan, le choléra remonte le Volga, gagne Moscou, puis Saint-Pétersbourg en 1848, s'étend de là en Pologne, en Allemagne du Nord, en Autriche, et atteint l'Angleterre en septembre 1848, par la voie maritime de Hambourg.

Dans la première quinzaine d'octobre, le choléra franchit la Manche et, en mars 1849, atteignait Paris par Calais, Dunkerque et Saint-Omer. En France, 54 départements étaient atteints et comptaient 110 000 victimes. L'Algérie était atteinte en 1849.

L'Amérique avait été atteinte en 1848.

Troisième irruption épidémique en Europe (1851 à 1855). — En 1851, le choléra se réveilla successivement sur tous les points qui avaient été touchés de 1847 à 1850. Cette épidémie ne put, comme la précédente, être rattachée à une transmission venue de l'Inde. Elle éclata d'abord en Silésie, pour se développer ensuite en Pologne, en Prusse, en Danemark, en Suède, en Norvège, en

Angleterre. En l'année 1854, toute l'Europe fut atteinte du nord au sud et de l'est à l'ouest.

En France, l'épidémie éclata en octobre 1855, envahit successivement 70 départements et frappa 155 478 victimes.

De Marseille, l'épidémie fut importée en Algérie (juillet 1854). Les bâtiments servant de transport aux troupes de l'armée d'Orient portèrent l'épidémie en Crimée, où elle se continua jusqu'en 1856.

L'épidémie éclata en Amérique du Nord en 1854, et gagna ensuite l'Amérique du Sud pour la première fois.

La Suisse ne jouit plus cette fois de son immunité habituelle. Bâle, le Tessin, Zurich, le canton de Genève furent atteints.

Quatrième irruption épidémique (1865-1874). — Sa voie de propagation diffère des précédentes. On ne sait si le choléra s'était réveillé spontanément en Arabie, ou s'il y avait été apporté par des pèlerins javanais venus de Singapour, toujours est-il qu'il y fit explosion en avril 1865.

Des pèlerins s'embarquant pour Suez y transportèrent la maladie, qu'ils diffusèrent jusqu'au Caire et Alexandrie. La population de l'Égypte, terrorisée, émigra au nombre de 50 000 vers tous les ports de la Méditerranée, si bien qu'en quelques semaines la maladie gagna la Turquie, l'Italie, l'Espagne, la France, l'Allemagne, l'Angleterre et même l'Amérique du Nord et les Antilles, sans qu'il soit toujours possible de se rendre compte de son procédé de propagation.

Sur différents points, à Ancône, à Odessa, à Marseille, le choléra parut se développer spontanément. Aux États-Unis, au contraire, on put, grâce aux documents officiels, suivre l'épidémie pas à pas. Elle fut importée en avril 1866 à Halifax et s'étendit de là dans tous les États.

En Europe, le choléra gagna la Russie par la mer Noire et le Caucase, puis la Valachie, la Dalmatie et la Basse Allemagne.

En juillet 1865, Marseille fut envahie et, de là, le choléra se répandit en France, gagna Paris en septembre. L'Algérie, la Kabylie et le Maroc furent envahis par le choléra venant également de Marseille.

L'épidémie traîna si longtemps en Russie, qu'en août 1871 elle existait encore dans les principaux ports de la Baltique, depuis Saint-Pétersbourg jusqu'au Schleswig. L'épidémie ne disparut d'Europe d'une façon définitive que dans les premiers jours de 1872.

En août 1875, le choléra entra en France par le Havre, gagnait Rouen, Caen et Fécamp, et éclatait à Paris dans les premiers jours de septembre. L'épidémie fut relativement bénigne et put être considérée comme terminée en novembre. En 1874, s'éteignirent en Europe les derniers foyers, qui étaient les vestiges de la grande épidémie de 1865.

Cinquième irruption épidémique. — Le 15 juin 1884, le choléra se montrait à Toulon et 14 jours après il éclatait à Marseille. De là, il se répandait dans tout le Midi de la France, projetant quelques irradiations au loin vers le Nord et l'Ouest : le dernier décès cholérique avait lieu le 10 janvier 1885, dans un petit village de la Vendée (île de Noirmoutier). L'histoire de cette épidémie a été bien tracée par M. Thoinot⁽¹⁾ dans son excellente thèse publiée en 1886.

(1) THOINOT, *Histoire de l'épidémie cholérique en 1884*; Th. Paris, 1886.

Le choléra nous venait indirectement de l'Inde par l'Égypte, où il s'était installé en 1885. De ses foyers primitifs en France, tels que Toulon et Marseille, le choléra s'étendit en foyers secondaires, dans les départements et arrondissements du voisinage, mais les irradiations lointaines du choléra en 1884 sont un des côtés les plus curieux de l'épidémie. On en a compté quatre : Laroquebrou et quelques communes voisines dans le Centre de la France; Puits-le-Bon et Noyers dans l'Yonne; Yport dans la Seine-Inférieure; Nantes et Noirmoutiers dans la Loire-Inférieure.

Si l'importation n'a pu être trouvée ni à Laroquebrou, ni à Puits-le-Bon, elle a été clairement démontrée au contraire à Yport et à Nantes. Le choléra vint de Cette à Yport, et d'Oran à Nantes par la voie maritime; quant à l'épidémie de Noirmoutiers, il ne saurait être contestée qu'elle était la suite de celle de Nantes. (Thoinot.)

L'épidémie ravagea différents pays d'Europe, notamment l'Italie et l'Espagne, où elle dura jusqu'en 1885 et 1886. Son histoire a été bien retracée dans les divers rapports de MM. Brouardel et Proust, et dans les deux conférences allemandes sur l'étiologie du choléra.

Du mois d'octobre au mois de décembre 1885, une épidémie éclata dans la partie sud du Finistère. Son étude a été bien faite par M. Ch. Monod⁽¹⁾, alors préfet du Finistère, et par MM. Proust et Charrin.

Le point de départ de cette épidémie fut le suivant : d'après M. Monod, des marins de Concarneau s'étaient rencontrés en mer avec des marins thoniers, c'est-à-dire pêcheurs de thons, venant d'Espagne, où l'épidémie régnait. La maladie s'étendit de Concarneau à Penmarch, au Guilvinec, à Audierne, à Douarnenez et à Quimper. Elle régna dans 10 communes, sur une population de 40 000 habitants, causa 500 décès, soit 1,24 pour 100 de morts.

Le choléra en Espagne, dans l'Empire ottoman et en Perse en 1889-90. — En 1890, une épidémie a éclaté dans la province de Valence, en Espagne. Elle est restée cantonnée à la péninsule Ibérique, où elle s'est éteinte grâce surtout aux mesures sévères prises sur la frontière française.

L'origine de cette épidémie espagnole a été très discutée; les uns l'ont considérée comme le résultat d'une importation, les autres ont cru à la reviviscence sur place de germes laissés par l'épidémie de 1885.

En 1889-90, le choléra éclata en Irak-Arabie⁽²⁾, et de là envahit en dix-huit mois la Mésopotamie, la Perse occidentale, la Syrie et les régions limitrophes de l'Anatolie, faisant approximativement de 55 000 à 40 000 victimes.

On ne peut incriminer une renaissance des épidémies anciennes, puisque les dernières apparitions du choléra en Irak-Arabie remontait à la fin de 1881. L'importation s'est faite sans doute par les navires du *British India Co.*, venant de Bombay, où le choléra sévissait très sévèrement.

Au Hedjaz, l'importation s'est faite par la mer Rouge.

« C'est toujours à l'origine indienne que nous sommes forcés de remonter. Mais désormais, plus encore que par le passé, l'attention de l'Europe doit être appelée sur le danger permanent que pourront lui faire courir ces deux grands prolongements de l'océan Indien, qui, à l'orient (golfe Persique) et à l'occident

(1) CH. MONOD, *Revue d'hygiène*, 1886, p. 188.

(2) PROUST, Épidémie de choléra dans l'Empire ottoman et en Perse; *Acad. de méd.*, 28 juillet 1891.

(mer Rouge), s'avancent comme deux grands bras jusqu'aux portes de la Méditerranée. » (Proust.)⁽¹⁾

Épidémie de 1892. — Thoinot a résumé en quelques mots la double marche de l'épidémie de 1892 : « Deux courants cholériques partis, l'un des bords de la Caspienne et doué de la haute puissance d'extension du choléra indien, l'autre des bords de la Seine et doué d'une faible expansion, se sont rencontrés en Belgique. L'un a franchi en deux mois les milliers de kilomètres qui séparent la Perse de l'Europe centrale; l'autre a marché vers le premier, mettant plus de quatre mois à parcourir les quelques centaines de kilomètres qu'il devait franchir pour opérer sa jonction. » L'épidémie cholérique reste fixée en Europe jusqu'en 1895.

Marche générale des épidémies. — En résumé, nous voyons que le choléra est originaire de l'Inde et que, pour venir en Europe, il a suivi deux voies : la voie de terre dans les premières épidémies, la voie de mer dans les épidémies de 1865 et de 1884.

Dans les épidémies qui se sont propagées par la voie de terre, la marche a été lente et s'est faite progressivement par étapes successives. On a pu suivre la maladie pas à pas, venant de l'Inde par l'Afghanistan, la Perse, jusqu'aux portes de l'Europe, puis quitter Recht, longer le bord de la Caspienne pour arriver à Astrakan et diffuser en Europe.

Toute épidémie au Hedjaz est une conséquence du pèlerinage de la Mecque; elle y est apportée par les pèlerins indous. La Mecque, comme le dit E. Hart, est la station de relai du choléra entre le Bengale et l'Europe. L'Égypte peut être alors, comme en 1865 et 1884, un troisième foyer intermédiaire. La voie maritime est la plus rapide; elle est une menace perpétuelle pour l'Égypte et l'Europe.

En dehors de l'Inde, des foyers d'endémie cholérique existent dans certaines contrées d'Extrême-Orient, en Chine, en Corée, au Japon (Proust). Des foyers endémiques existant dans nos possessions d'Indo-Chine, telles que la Cochinchine, l'Annam et le Tonkin, nous intéressent plus particulièrement. Ils peuvent être le point de départ d'expansion cholérique en Europe.

Dans les épidémies propagées par voie maritime, le choléra, parti de l'Inde, arrive à la Mecque et gagne Alexandrie, qui devient un nouveau centre d'émission.

Les ports qui, comme Beyrouth, Marseille, Constantinople, sont en communication avec Alexandrie, deviennent de nouveaux centres qui, à leur tour, seront le point de départ de nouvelles émissions. Ainsi, un navire parti de Constantinople ira infecter Odessa; un malade parti de Marseille importera le choléra en quelques heures à Paris (Proust)⁽²⁾.

Ces voies de propagation sont intéressantes à connaître pour les mesures à prendre contre l'invasion du choléra en Europe.

Il existe enfin en Europe un choléra de reviviscence. Le choléra peut se réveiller après un plus ou moins long temps. La reviviscence peut rester purement locale, mais elle peut aussi s'étendre à un territoire plus ou moins vaste, tel le choléra d'Espagne, en 1890, et celui des bords de la Seine, en 1892. Les reviviscences peuvent avoir une grande force d'expansion, telles celles de 1851 et de 1869.

(1) PROUST, *loc. cit.*

(2) PROUST, *loc. cit.*, p. 921.

Jusqu'à présent, le choléra asiatique n'est jamais devenu endémique en Europe.

ÉTIOLOGIE

La découverte du bacille virgule a permis d'éclaircir une série de points obscurs dans l'étiologie du choléra; elle a permis de plus de confirmer toute une série de faits acquis par l'épidémiologie.

Examinons d'abord ces faits tels qu'ils nous avaient été livrés par l'observation, avant les découvertes bactériologiques.

L'infection de l'organisme dans le choléra se fait par la voie digestive. L'air, l'eau, les aliments, les vêtements, servent de véhicule aux germes infectants. L'observation le démontre.

L'air n'est qu'un véhicule secondaire et sans grande importance du germe cholérique; il n'agit, comme dit Thoinot, que dans un court rayon. L'air infecté par son passage au-dessus des fosses d'aisance, ou à travers les égouts, infectera peut-être directement l'organisme par la bouche ou les voies respiratoires.

L'eau est le grand véhicule du choléra. La théorie hydrique, née en Angleterre où elle fut d'abord soutenue par Snow et Simon, a été défendue en France par MM. Marey, Brouardel et Thoinot.

Dans une ville, il arrive parfois que les maisons frappées par une épidémie sont celles desservies par une eau provenant d'une source contaminée.

En 1884, dans sa thèse, Thoinot a soutenu les quatre propositions suivantes :

- 1° Le choléra suit volontiers les cours d'eau, et particulièrement ceux de faible importance, les torrents, les petites rivières.
- 2° L'eau est un agent propagateur du choléra, soit à petites, soit à grandes distances.
- 3° Le choléra se développe manifestement autour de puits, de fontaines, dont l'eau a été souillée par le germe cholérique.
- 4° Étant données plusieurs agglomérations soumises à une épidémie cholérique, toutes autres conditions hygiéniques étant égales de part et d'autre, celles-là souffriront moins de l'épidémie qui auront de meilleures eaux.

La même année, Marey avait formulé à l'Académie la proposition suivante :

Parmi toutes les influences qui peuvent transmettre le choléra, il en est une qui, par son intensité, domine toutes les autres, c'est la souillure (spécifique) des eaux livrées à l'alimentation publique.

Certains *aliments*, tels que le lait, les salades, les crudités contaminées par une eau impure, peuvent servir de véhicule au choléra, mais les faits démonstratifs sont, il faut le reconnaître, peu nombreux.

Des faits plus nombreux prouvent, par contre, que des *effets* de tout genre peuvent servir de véhicule à la maladie. Plus les vêtements sont soustraits à l'air, plus leur pouvoir de transmission est durable et efficace.

La *contagion* se fait au contact du cholérique ou en dehors de son contact. La contagion directe s'observe chez les gens qui donnent leurs soins aux cho-

lériques et qui contaminent ainsi leurs mains par les déjections des malades; elle s'observe encore chez les personnes qui manient les effets des cholériques.

La contagion peut se faire également, en dehors du contact, à distance, chez des personnes qui manient le linge ou les vêtements des cholériques. Ainsi s'expliquent bien des faits d'infection chez les blanchisseuses, ou chez les personnes recevant des marchandises provenant d'un foyer cholérique.

Le choléra peut enfin survenir sans qu'on puisse dépister le moindre contact direct ou indirect. Il ne s'agit pas là de choléra spontané, comme l'ont cru les anciens, mais de choléra transmis par l'eau potable.

Le choléra pandémique est toujours propagé par l'homme. Sa vitesse d'expansion est donc celle des moyens de locomotion employés par l'homme. La propagation peut ainsi se faire par contiguïté ou par bonds, et dans sa dissémination, comme dit Thoinot, le choléra rencontre des nœuds de renforcement constitués par les agglomérations humaines, en particulier par les pèlerinages, les foires et les fêtes. On sait toute l'importance du pèlerinage de la Mecque pour la diffusion du choléra.

Les épidémies se développent ordinairement pendant l'été et l'automne, pour s'apaiser pendant l'hiver, mais à cette loi on peut trouver des exceptions.

Le choléra a plus de tendance à se fixer longtemps dans les pays du Nord que dans ceux du Midi. Différentes régions limitrophes peuvent rester plus ou moins longtemps frappées par le fléau. Nous avons vu, lors de la dernière épidémie, le choléra s'installer pendant plusieurs années en Bretagne.

J. Guérin avait soulevé autrefois la question de la *constitution médicale cholérique*. Sa doctrine s'appuyait sur ce fait que, dans une contrée, le choléra peut être parfois précédé par des affections gastro-intestinales. Le fait est loin d'être courant. Il est de toute évidence qu'une diarrhée antérieure peut préparer le terrain au choléra, mais « la constitution dite cholérique n'est que l'action prolongée et encore faible de la cause du choléra ». (Thoinot.)

Le choléra dans une localité peut être, nous l'avons dit, importé par l'homme. Le sujet qui importe ainsi la maladie peut être un cholérique avéré, ou atteint d'une simple diarrhée, ou même il peut être indemne de tous symptômes. Dans ce dernier cas, il faut admettre que le sujet portait le germe à la surface du corps ou des vêtements ou que le germe avait traversé son intestin sans occasionner aucun dommage. On comprend combien est saisissante une telle importation du choléra.

Le choléra peut être encore importé par l'eau. Dans ce dernier cas, l'apparition du choléra paraît mystérieuse, mais une enquête attentive apprend que l'eau d'une source ou d'une rivière a été souillée, en amont, par des déjections cholériques.

La diffusion du choléra dans une localité peut se faire sans contagion directe de sujet à sujet, comme cela se voit dans les petits villages.

La diffusion se fait encore par l'eau potable à la façon de la fièvre typhoïde. Un premier cholérique souille une eau potable et désormais la maladie frappe ceux-là seuls qui font usage de cette eau, telle l'épidémie de Prades rapportée par Thoinot en 1884.

Dans les grandes épidémies des villes, les divers modes de diffusion sont toujours combinés. L'eau est le grand vecteur de la maladie, mais chaque cholérique peut produire par contagion des foyers secondaires de rue ou de maisons. Cette contagion trouve des moyens de propagation facile, lorsqu'elle tombe dans des milieux encombrés et misérables, dans les dépôts de mendicité, dans les