

La tétanie est un des accidents les plus intéressants de la convalescence. Signalée pour la première fois par Roger en 1852, elle a depuis été étudiée par différents auteurs et en particulier par Briquet et Mignot. Elle se manifeste tantôt dans les membres supérieurs, tantôt dans les quatre membres, et dure alors 3 ou 4 jours. Elle peut d'autre part se généraliser, gagner les muscles du tronc ou ceux de la glotte, occasionner la suffocation, une élévation de température, de l'angoisse.

La tétanie s'observe souvent chez les malades qui ont eu des crampes. C'est une complication presque exclusive aux femmes, surtout à celles récemment accouchées; elle peut sévir dans les maternités, sous forme épidémique. Laveran rapporte qu'en 1866, de toutes les femmes accouchées qui furent envoyées à l'hospice des Ménages, pas une n'échappa à l'atteinte de tétanie cholérique.

Durée. — Le choléra n'a pas dans sa durée la précision d'une maladie cyclique. Dans des cas mortels, le malade succombe à des périodes variables de l'attaque ou de la réaction. Dans les cas terminés par la guérison, nous avons vu combien est variable l'époque du rétablissement.

D'après Gaillard, le choléra foudroyant tue en 20 heures environ, le choléra galopant en un temps variant de 20 heures à 5 jours. La forme lente peut durer de 5 jours à 5 semaines.

Lorain, se basant sur ce fait que la réapparition de la sécrétion urinaire marque la fin de l'attaque, a évalué ainsi la durée sur 15 malades : 2 jours 2 fois, 3 jours 5 fois, 4 jours 1 fois, 6 jours 3 fois, 7 jours 1 fois, 8 jours 1 fois.

Ajoutons enfin que le cholérique guéri n'est pas à l'abri d'une nouvelle atteinte, car le choléra ne confère pas l'immunité.

Pathogénie des symptômes. — La bactériologie et l'expérimentation nous ont enseigné que le choléra était une maladie toximicrobienne produite par un vibrion qui, localisé dans l'intestin grêle, y sécrète un poison énergique pour le système nerveux central et le rein.

Outre cette intoxication exogène, il faut compter encore avec l'intoxication endogène due à l'insuffisance rénale.

La lésion intestinale peut produire le collapsus non seulement par intoxication, mais encore par déshydratation.

Par déshydratation, la lésion intestinale soustrait au sang non seulement 1 kilogr. 150 d'eau, mais indirectement elle soustrait encore aux tissus leur eau de composition. Les substances qui s'éliminent ordinairement par le sang s'y accumulent; d'autre part, les éléments anatomiques lésés par la déshydratation ne fonctionnent plus, et, comme le dit M. Hayem, on comprend que les actes intimes de la nutrition se trouvent ralentis et que le jeu d'organes importants soit compromis.

M. Bouchard (*) a montré dès 1884 comment la pathogénie du choléra s'expliquait par des intoxications multiples. Voici les lignes qu'il a écrites à ce sujet.

« A côté de l'infection, il existe dans la pathogénie du choléra une intoxication secondaire et consécutive à l'infection.

« Je pense que les symptômes considérés comme caractéristiques du choléra, ceux qui permettent d'en faire le diagnostic, sont le résultat de cette intoxi-

(*) BOUCHARD, *Leçons sur les auto-intoxications.*

cation. C'est à elle qu'il convient d'attribuer la cyanose, la réfrigération, les troubles respiratoires, le hoquet, la diarrhée spéciale, la desquamation intestinale, les crampes, la déshydratation des tissus, l'albuminurie, l'anurie. Tels sont les symptômes de l'intoxication cholérique; j'y ajoute la conservation ou sentiment de l'absence de contraction pupillaire.

« Mais bientôt survient une nouvelle intoxication qui s'associe à la première ou alterne avec elle; elle se traduit cliniquement par la torpeur intellectuelle, la diminution du sentiment, la somnolence, le coma. Le rythme respiratoire change, c'est le rythme de l'urémie, celui de Cheyne et Stokes. La température est modifiée, tantôt elle se relève et tantôt elle reste abaissée. En même temps les pupilles se contractent et deviennent punctiformes.

« N'est-ce pas là un ensemble symptomatique bien différent de la période initiale, relevant d'une intoxication autre? On l'observe constamment au moment où apparaissent l'anurie et le myosis; et tous ces symptômes se retrouvent dans le tableau clinique de l'urémie.

« Dans les auteurs, je n'ai trouvé aucune indication relative à ce fait; je l'ai ignoré jusqu'au jour où m'est apparue avec évidence cette coïncidence entre la suppression de la sécrétion urinaire et l'apparition de ces symptômes dont je connaissais l'existence dans l'urémie.

« Cette urémie de la période secondaire du choléra n'est pas l'intoxication urémique ordinaire par des poisons, issus de quatre sources; il n'y a pas lieu d'incriminer ici l'alimentation, ni les putréfactions intestinales, ni la résorption biliaire, puisqu'il n'existe pas d'ictère à ce moment et que l'absorption ne peut être opérée par l'intestin. Le poison vient ici de la désassimilation. Cette période urémique est ce qu'on a désigné si longtemps sous le nom de période de réaction, la température extérieure étant moins basse, c'est-à-dire l'équilibre s'établissant entre les températures rectale et périphérique. Singulière réaction, où apparaît la torpeur au lieu de spasmes, où l'on ne peut noter que l'indifférence de tout le système nerveux! Ce n'est qu'en violentant la signification des mots qu'on a pu baptiser ainsi cette période.

« On l'a appelée aussi phase typhoïde, période de réaction typhoïde, dénomination moins critiquable assurément; il y a dans l'état où sont alors les malades quelque chose qui rappelle l'état du typhique. Mais les conditions pathogéniques ne sont pas absolument identiques. Chez les cholériques dont l'intestin est soumis à l'antisepsie, il n'y a pas de putréfaction intestinale; il n'existe chez eux que l'intoxication par désassimilation.

« On a dit aussi que cette phase de choléra était une période urémique. On n'avait pas attendu cette démonstration de la contraction pupillaire pour soupçonner l'urémie; on avait fait l'analyse du sang et des tissus, on y avait trouvé des matières extractives et l'urée accumulées en quantité considérable (1 gr. 20, 1 gr. 50 d'urée par kilogramme de tissu musculaire). Cette période, on peut la prévoir quand l'anurie s'établit; après la contraction pupillaire on peut l'affirmer. Chez tous les cholériques atteints d'anurie, le myosis existe, je l'ai toujours constaté; c'est là un fait clinique qui me paraît avoir son importance.

« Si l'on ne voit pas figurer dans l'urémie consécutive au choléra tous les symptômes que nous sommes habitués à constater dans l'intoxication urémique ordinaire, c'est que plusieurs des sources des poisons urémiques se trouvent supprimées.

« La désassimilation peut donner le poison narcotique comme le poison con-

vulsif. Lorsque la potasse est livrée en excès au sang, elle provoque l'urémie convulsive; mais si l'urémie convulsive ne s'observe pas en général dans la phase urémique du choléra, on peut comprendre pourquoi. La déshydratation rapide et précoce a entraîné avec l'eau toute la potasse des plasmas et une partie de celle des éléments anatomiques; aussi, quand arrive la période de destruction si excessive de la matière, ce sont moins la potasse et les matières minérales qui sont surabondantes dans le sang que les matières organiques et extractives. Chez un cholérique dont j'ai parlé précédemment il y avait si peu de potasse que l'extrait de 400 grammes de son urine n'avait pas provoqué la convulsion chez un animal.

« En résumé, le choléra nous fournit l'exemple d'une double auto-intoxication : par un produit anormal, c'est l'intoxication cholérique proprement dite; par des produits normaux, c'est une variété d'intoxication urémique.

« L'étude du choléra corrobore en outre cette notion qu'il peut exister dans quelques maladies des matières anormales et que les poisons morbides ne sont pas un rêve. »

En résumé, de l'étude de ces diverses théories il résulte que l'on doit admettre des causes multiples pour expliquer les troubles présentés par les cholériques. Si les plus puissantes d'entre ces causes relèvent d'intoxications, il faut compter encore avec la déshydratation du sang et des tissus, avec les réflexes, partant du tube digestif et portant sur les vaso-moteurs. En faveur de cette dernière influence, ne peut-on pas invoquer le collapsus algide que l'on observe parfois à la suite de crises gastriques tabétiques et qui, suivant l'expression de Charcot, peut faire reproduire au malade l'image d'un cholérique?

Pronostic. — La mortalité globale des épidémies cholériques est en moyenne de 50 à 60 pour 100.

La mortalité réunie des services hospitaliers de Paris, en 1892, est de 45 pour 100.

Cette mortalité varie d'une épidémie à l'autre; elle semble aller en s'atténuant depuis l'épidémie de 1852. Dans l'épidémie récente de Lisbonne, que l'on a prétendu être une épidémie de choléra asiatique, on n'a enregistré que 5 décès sur 7000 personnes atteintes.

La gravité varie suivant les formes individuelles de la maladie. Le choléra léger ne donne que 15 pour 100 de mortalité, d'après Laveran. Nous avons vu, par contre, la gravité du choléra foudroyant.

Le pronostic individuel varie encore suivant les périodes de la maladie. Si la période prodromique ne comporte en elle-même aucun danger, en raison de l'imminence constante d'accidents funestes, la diarrhée la plus légère doit être tenue, en temps d'épidémie, comme le début d'une maladie qui peut devenir fatale.

Les symptômes défavorables durant la période d'attaque sont les crampes, l'angoisse, l'agitation, le collapsus profond avec relâchement des sphincters, l'anxiété respiratoire, l'anurie prolongée.

La tendance au retour à l'algidité, le coma, le délire, les convulsions sont d'un pronostic mauvais, pendant la période de réaction.

Il faut savoir qu'à l'état le plus mauvais, le plus désespéré en apparence, peut succéder une sorte de résurrection. Par contre, dans les réactions les plus

régulières, des complications cérébrales et pulmonaires sont imminentes. Dans les réactions irrégulières, le pronostic est aussi incertain que grave.

L'abondance des évacuations, quand elles ne sont pas suivies d'un collapsus profond, n'aggrave pas le pronostic.

Au début des épidémies cholériques la mortalité est en moyenne de 50 à 60 pour 100, quelquefois même elle dépasse ces chiffres, tandis qu'à la fin les cas légers dominent et la mortalité diminue sensiblement, comme si l'agent pathogène avait perdu de sa virulence.

Les enfants et les vieillards, les individus mal nourris, affaiblis, misérables, atteints de maladies chroniques, de cancer de l'utérus par exemple, de dysenterie chronique, les aliénés, les alcooliques, les femmes enceintes ou récemment accouchées succombent dans une très forte proportion.

Diagnostic. — Le choléra confirmé ne présente en général pas de difficulté dans son diagnostic, qui d'ailleurs est rendu aisé par l'épidémicité de la maladie. Mais il importe souvent de faire le diagnostic avant la période algide et il faut savoir distinguer la diarrhée cholériforme de nos pays, le « choléra nostras », du choléra asiatique.

Dans le choléra nostras les évacuations sont bilieuses, séreuses, non riziformes, ce qui tient à l'absence de pelotons épithéliaux; il n'y a ni vomissements, ni refroidissement notable, et la maladie, essentiellement saisonnière, survient le plus souvent en été ou en automne et ne présente aucune gravité. Dans certains cas, pourtant, le syndrome peut être absolument calqué sur celui du choléra asiatique.

Le choléra nostras est individuel; s'il frappe parfois un certain nombre d'individus d'une même collectivité soumis à un même régime, il n'est ni diffusible, ni transmissible. Ce caractère épidémiologique est peut-être le trait le plus important de son histoire et qui servait le mieux à son diagnostic avant l'application des recherches bactériologiques à la clinique.

En temps d'épidémie, le choléra infantile peut, chez les jeunes enfants, prêter à la confusion avec le choléra asiatique.

C'est surtout lorsqu'on craint l'invasion d'une épidémie, qu'il peut être fort difficile de dire si l'on se trouve en présence d'un cas de choléra nostras ou d'un premier cas de choléra indien. Nous assistons à ces hésitations chaque fois que le choléra est à notre frontière. L'examen bactériologique des selles, par les procédés indiqués plus haut, peut souvent trancher le diagnostic en quelques heures.

Il faut se rappeler que le choléra, en certains cas, présente des analogies incontestables avec la fièvre pernicieuse cholérique ou même avec certains empoisonnements.

Dans un pays où les deux maladies, paludisme et choléra, sont endémiques, comme en Cochinchine par exemple, un individu peut être frappé de l'une et de l'autre maladie à la fois. On trouve les symptômes de l'une et l'autre infection, enchevêtrés d'une façon plus ou moins inextricable, et l'autopsie révèle la présence des lésions propres à chacune des deux maladies spécifiques.

Dans un pays où règne le choléra, un palustre peut avoir des accès revêtant une forme spéciale et simulant le choléra. Ce n'est pas du choléra palustre, mais ce sont des accès palustres cholériformes pernicieux ou intermittents guérissant bien par le sulfate de quinine.

L'empoisonnement par le tartre stibié a une si grande ressemblance avec le choléra qu'il a été décrit par quelques auteurs sous le nom de choléra stibié. L'empoisonnement aigu par les champignons, par l'arsenic ou par le sublimé, a aussi des analogies avec le choléra; dans ces cas, il existe des lésions de la bouche et des lèvres; de plus, les vomissements sont douloureux, accompagnés d'une sensation de brûlure à l'épigastre et dans la bouche, et précèdent les selles diarrhéiques, contrairement à ce qui arrive dans le choléra; les selles sont moins abondantes et ne prennent pas l'aspect riziforme. Dans les cas douteux, on fait recueillir les matières vomies et on les soumet à un examen chimique.

En résumé, le diagnostic clinique du choléra se tire des caractères du syndrome et surtout des caractères de l'épidémicité.

Actuellement, le dernier mot dans les cas douteux, surtout au début des épidémies, doit être au diagnostic bactériologique des selles pratiqué suivant la méthode que nous avons indiquée plus haut.

MM. Achard et Bensaude ont essayé d'appliquer au choléra la méthode de séro-diagnostic que j'ai proposée pour la fièvre typhoïde. Il ressort des conclusions de ces expérimentateurs que la réaction agglutinante pourra rendre des services au diagnostic du choléra. En raison de la rapide évolution de la maladie et en raison de la grande variété des échantillons de vibrions cholériques, on peut prévoir, comme le reconnaissent ces auteurs, que le diagnostic du choléra n'aura pas la portée du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

Prophylaxie. — Deux choses sont nécessaires au développement des épidémies de choléra : 1° l'importation du germe spécifique; 2° un milieu favorable au développement de ce germe. En un mot, il faut compter avec la graine et le terrain. Les mesures prophylactiques devront donc avoir pour but : 1° d'empêcher l'importation du microbe; 2° d'écarter toutes les conditions favorables au développement et à la dissémination du germe, quand on n'aura pas pu s'opposer à son importation.

Malgré les progrès incessants de l'hygiène, on peut répéter aujourd'hui ce que disait M. Proust il y a dix ans : « Vouloir éteindre le choléra dans son berceau nous paraît presque une utopie. Si, à l'époque actuelle, le choléra doit encore trouver dans l'Inde un développement presque forcé, l'Europe, du moins, doit être absolument préservée, et c'est vers ses frontières que doivent être reportées toutes les forces, toute la vigilance de l'administration sanitaire. » (Proust.)

Pour les mesures sanitaires à prendre contre les pèlerinages, pour les règlements adoptés par la Conférence de Constantinople, pour la description des différents points à défendre en Perse, en Russie, sur la mer Caspienne, en Boukharie, pour les détails sur les établissements sanitaires du littoral de la mer Rouge et de l'Égypte, nous ne saurions mieux faire que de renvoyer le lecteur aux livres de M. Proust.

Si le choléra était toujours importé en Europe par la voie de mer, comme la fièvre jaune, on pourrait encore se fier aux quarantaines de rigueur, c'est-à-dire faites avec surveillance et avec mise en pratique de la désinfection, pour écarter de nouvelles épidémies; malheureusement la voie de terre lui est toujours ouverte comme dans les premières grandes épidémies, et peut-être a-t-il tendance à s'acclimater en Europe, comme on a pu déjà le constater à plusieurs reprises. Les mesures quaranténaires, adoptées par la plupart des

nations européennes, ont cependant leur utilité, car le germe cholérique, par son acclimatation en Europe, semble perdre de son activité, tandis qu'une importation directe se faisant par la voie de mer, aujourd'hui si rapide, pourrait nous faire assister à des désastres analogues à ceux des premières grandes épidémies.

MESURES PRISES SUR LA FRONTIÈRE ESPAGNOLE EN 1890. — Les mesures prises contre le choléra, en 1885 et surtout en 1890, à notre frontière espagnole, ont préservé la France de l'invasion du choléra qui sévissait en Espagne. Elles peuvent servir de règle de conduite dans les épidémies à venir. Résumons les dispositions adoptées par les délégués du gouvernement français, MM. les D^{rs} Charrin et Netter. Nous en emprunterons la description au mémoire qu'ils ont publié dans les *Annales d'hygiène* (sept. 1890).

Dès que l'existence du choléra a été reconnue en Espagne, dans la province de Valence, en 1890, le gouvernement français s'est hâté d'établir des postes sanitaires sur les frontières de terre et de mer. On installa rapidement, dans les deux gares de Cerbère et d'Hendaye, une inspection des plus rigoureuses, visant non seulement les voyageurs, mais encore certains produits ou colis suspects. A Cerbère, le personnel du poste se compose de deux docteurs assistés de deux étudiants. La partie administrative est confiée à un commissaire de police spécial et à ses inspecteurs avec l'aide de la douane et de la gendarmerie.

Passons à l'organisation matérielle. Auprès de la salle de visite se trouve l'étuve à désinfection de la maison Herscher, étuve envoyée par le ministère de l'Intérieur. Un bâtiment en bois, dans un point très aéré et suffisamment isolé, est divisé à l'intérieur en quatre pièces parfaitement propres. Dans l'une d'elles on a installé quatre lits, et l'espace permettrait d'en augmenter le nombre si la chose devenait nécessaire. En outre, le lazaret est pourvu du mobilier nécessaire, des médicaments, des solutions antiseptiques fortes et faibles, conformément aux instructions du comité consultatif. Une fosse a été creusée à proximité pour recevoir les déjections des malades.

Comment fonctionne le poste ?

Au moment de l'arrivée des trains d'Espagne, les voyageurs sont obligés de pénétrer dans la gare par une porte unique. Un gardien les contraint de passer un à un devant le médecin; l'examen porte sur le facies et au besoin sur l'état de la langue, sur le pouls, sur un interrogatoire plus ou moins long. Il va sans dire que si une personne se présente comme suspecte, on la met à part pour compléter l'examen. L'attention est particulièrement appelée sur les vomissements, la diarrhée et même sur toutes les affections des voies digestives. Ce sont celles-là que l'on doit retenir au lazaret. La visite médicale terminée, les voyageurs ont affaire à un sous-inspecteur du commissaire qui, placé à une table voisine, délivre les passeports sanitaires et expédie ceux qui sont destinés aux maires. Cette formalité achevée, on procède à la visite du linge; tout linge sale est momentanément saisi, on en fait un paquet auquel on fixe un numéro et on remet au propriétaire le numéro correspondant.

Les linges sont immédiatement portés à l'étuve. Comme l'heure des trains est fixe, le mécanicien chauffe et prépare son autoclave en prévision de la désinfection, de sorte que cette opération ne demande guère plus de vingt minutes. On sait d'ailleurs que ce temps est plus que suffisant pour que la vapeur humide des autoclaves détruisent tous les germes, jusqu'aux spores les plus résistants.

C'est sur ce modèle que sont construites les étuves Herscher qui fonctionnent également dans nos hôpitaux.

Cette désinfection du linge sale, qui constitue un progrès d'une grande efficacité, mérite une surveillance particulière, car les personnes appelées à manipuler ce linge peuvent se contaminer elles-mêmes et devenir ainsi le point de départ d'un foyer épidémique; mais toutes les précautions sont prises.

Les opérations sanitaires terminées, la douane procède à sa visite habituelle, et, si elle découvre des objets suspects, elle en prévient le commissaire spécial, qui les fait saisir. Tel est dans ses grandes lignes le fonctionnement du poste de Cerbère à l'arrivée des trains.

D'autres postes que celui de Cerbère avaient été organisés et fonctionnaient d'une façon absolument analogue. Leur importance, quoique moindre que celle de Cerbère, est néanmoins facile à démontrer par des chiffres: « Depuis un mois les trois postes terrestres de Perthus, de Bourg-Madame et de Pont-du-Roy ont, rapporte M. Charrin, en septembre 1890, délivré environ 900 passeports. Dans le même laps de temps, le poste de Cerbère en distribuait 5700. Le service de santé a pris dans les postes de la Méditerranée les mesures les plus sévères. Pas plus que par la voie de terre, les fruits poussant au ras du sol, les objets de literie, les chiffons, les peaux, etc., ne peuvent pénétrer. »

Ces dispositions rapidement résumées dans leur ensemble se distinguent par ce fait que les voyageurs ne subissent ni vexations, ni perte de temps; elles réalisent deux véritables progrès: l'établissement des étuves pour la désinfection du linge sale, d'une part, et la formalité du double passeport, d'autre part. Le voyageur qui franchit la frontière peut en apparence être bien portant, tout en étant en incubation de choléra. La maladie peut se déclarer une fois qu'il a pénétré dans l'intérieur, et, comme on est prévenu de son arrivée, il devient plus facile, le cas échéant, de prendre toutes les mesures nécessaires pour circonscrire le fléau.

Lorsque le passager omet de remettre son passeport, son arrivée n'en est pas moins connue, puisque le maire est prévenu directement par le poste frontière. Si ce voyageur descend en route, les chefs de train et les chefs de gare sont tenus, par ordre ministériel, de faire savoir la chose aux autorités compétentes.

Ajoutons que l'appréciation des nations voisines fut très favorable aux dispositions adoptées et que nombre de journaux espagnols déclarèrent que la France avait trouvé le moyen de faire vite et bien.

Dans un mémoire publié à la même époque dans les mêmes *Annales d'hygiène* (septembre 1890), M. Netter rappelle les mesures analogues prises en 1885, sous la direction de MM. Ballet et Charrin. Elles furent maintenues par lui en 1890, à Hendaye et à la partie occidentale de la frontière d'Espagne, mais avec des modifications importantes, qui se résument dans les deux termes suivants: 1° emploi aussi fréquent que possible, pour la désinfection, des étuves Herscher à vapeur sous pression; 2° création du service d'informations permettant de signaler l'arrivée de tout voyageur venu d'Espagne, et de surveiller son état de santé au point d'arrivée, pendant les cinq premiers jours.

Le véhicule du choléra paraissant être presque exclusivement des déjections qui sont transportées par les linges, vêtements, etc., l'utilité de l'étuve à désinfection n'a guère besoin d'être commentée. Nous n'insisterons pas davantage sur le progrès essentiel constitué par le service d'informations aux mairies.

Les postes sanitaires sont également établis, suivant les besoins et l'impor-

tance de la circulation, sur les routes carrossables et même en d'autres points où n'existent que des chemins muletiers et des sentiers qui, en 1885 et en 1890, sur la frontière espagnole, furent surveillés seulement par le personnel des douanes ou de la gendarmerie.

Il y a loin, dit M. Netter en terminant son mémoire, de ces mesures aux quarantaines rigoureuses prescrites en 1884 par le gouvernement espagnol, alors que le choléra existait en France, quarantaines établies encore en septembre 1890 par le gouvernement portugais, et cependant les mesures que nous venons d'indiquer répondent bien plus aux indications que l'on peut aujourd'hui tirer de nos connaissances sur le mode de transmission et de propagation des maladies infectieuses.

CONCLUSION DU RAPPORT DU CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA SEINE. — Citons enfin, pour clore cette question d'hygiène publique, les conclusions du rapport sur les mesures à prendre en cas d'épidémie cholérique, lu par M. Dujardin-Beaumez au Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine et approuvé dans sa séance du 18 juillet 1890.

La Commission demande que toutes les mesures prises en 1884 soient maintenues. Elle insiste particulièrement sur les points suivants:

- 1° Nécessité de connaître le plus promptement possible les cas de choléra.
- 2° Création d'un corps de médecins délégués ayant pour mission de constater la réalité et la gravité de la maladie qui leur est signalée et de veiller à l'exécution rigoureuse des mesures de désinfection.
- 3° Pour la désinfection qui a trait au malade et aux personnes qui l'entourent, usage exclusif du sulfate de cuivre, qui sera mis à la disposition du public pour faire des solutions fortes et des solutions faibles qui devront servir à la désinfection des déjections (vomissements et matières fécales), des linges souillés par le malade, au lavage de la figure et des mains.
- 4° Pour la désinfection des locaux contaminés, maintien et augmentation des escouades de désinfecteurs; création d'un inspecteur chargé de vérifier si ces désinfections ont été bien pratiquées. Cette désinfection se fera avec l'acide sulfureux provenant de la combustion du soufre, avec des lotions au sublimé pour les lavages et enfin à l'aide d'étuves mobiles pour les objets de literie et les linges ayant été en contact avec le malade; acquisition immédiate de dix étuves pour les vingt arrondissements de Paris.
- 5° Transport des malades à l'aide de voitures spéciales, chauffées pendant le transport et désinfectées aussitôt après.
- 6° Évacuation des maisons et particulièrement des garnis où se sont déclarés des cas de choléra.
- 7° Création de services spéciaux isolés dans les hôpitaux de Paris désignés à cet effet. Ces services devront être indiqués dès aujourd'hui et le personnel appelé à soigner les malades sera instruit des mesures prophylactiques qu'il doit prendre pour éviter les atteintes du mal.
- 8° Enfin, exécution scrupuleuse de toutes les mesures d'hygiène privée et publique qui maintiennent la salubrité de la ville. De l'eau salubre devra être donnée à toute la population.

Telles sont les conclusions qui résument les mesures prescrites par le Comité d'hygiène. Il nous semble, après cela, inutile d'ajouter que, lorsque le choléra règne dans un pays, il faut, suivant l'usage adopté depuis longtemps déjà,