

grillage. La peste moissonna les janissaires. Le palais resta sain et sauf. Je ne crois pas devoir multiplier ces exemples.

5° La marche des épidémies de peste ne donne pas pour la transmission de cette maladie des arguments aussi irréfutables que pour le choléra, dont l'histoire plus moderne est mieux connue de nous. Cependant la marche des épidémies récentes de la Cyrénaïque, de la Mésopotamie, l'effet des mesures restrictives imposées fournissent de nouveaux arguments au point de vue de la contagion. Déjà à Moscou, à Venise, partout où l'on a pu retrouver les traces de la transmission, on la suit, pour ainsi dire, pas à pas. C'est comme un incendie qui se communique de proche en proche et qui dévore tout ce qui est à la portée des flammes. Dans les grandes villes, dans les grands centres de population, remonter à la source du fléau est quelquefois difficile, mais la même difficulté ne se rencontre pas dans les petites localités.

Nous allons aborder maintenant la question du mode de transmission.

*Des divers modes de transmission.* — Les médecins de l'antiquité, considérant la peste comme une maladie exclusivement épidémique, n'ont pas cherché à déterminer les lois de la transmission. Il faut arriver jusqu'à la moitié du seizième siècle, jusqu'à Fracastor, pour trouver exposée, d'une manière formelle, la doctrine de la transmissibilité de la peste. Il admettait presque exclusivement la propagation de la maladie par le *contact* ou par les hardes. Cette opinion prévalut jusqu'en 1720 ; il y eut bien, de temps à autre, quelques protestations, mais l'opinion générale des médecins resta favorable à l'idée de la transmission de la peste par le contact. En 1771, Mertens, Orrœus et Samoilowitz, qui observaient la peste de Moscou, soutinrent que cette maladie peut se contracter par le contact, immédiat ou médiat, des pestiférés, mais jamais par l'entremise de l'air. Les médecins qui, à la fin du siècle dernier, ont accompagné l'expédition française en Égypte ont presque tous admis cette opinion ; tel était l'état des esprits lorsqu'éclata, en 1835, la terrible épidémie qui ravagea l'Égypte. Partis de France, d'Allemagne et d'Italie avec cette conviction, les médecins qui se rendirent en Égypte modifièrent complètement leurs croyances (Brayer, Cholet, Aubert-Roche et Clotbey). Pour admettre, d'une façon absolue, la transmission par le contact, il faudrait, au moins, l'appuyer d'un exemple dans lequel la transmission n'ait pu s'opérer par aucune autre voie. Or, un semblable cas n'existe point.

Le premier fait connu d'*inoculation* de peste remonte à Willis, qui, après s'être inoculé la peste, en 1665, serait mort de cette maladie. Toutefois, comme le fait remarquer Prus, Thomas Willis, le seul médecin dont il puisse être ici question, vivait bien en 1665, mais son ouvrage ayant pour titre : *Moyen sûr et facile pour se préserver de la peste et*

*de toute maladie contagieuse*, date de 1666 ; il ne mourut qu'en 1675 ; or, si Willis s'est réellement inoculé la peste en 1665, il n'est donc pas mort des suites de son expérience. Un autre fait, cité par Mac Gregor, n'a pas toute l'authenticité désirable. Je passe sur les inoculations de Desgenettes, de Dussap, de Valli, de Sola et de Ceruti, pour arriver à des expériences plus importantes qui ont été pratiquées en 1835 à l'hôpital de l'Esbekié au Caire, en présence de Gaëtanibey, de Clotbey, de Lachèze et de Bulard. Il résulte de la version du docteur Lachèze que, sur quatre individus qui ont été inoculés avec du sang de pestiféré, un seul a eu une peste bénigne, tandis que deux sujets, inoculés avec la sérosité prise sur un charbon pestilentiel, et un troisième, inoculé avec le pus d'un bubon qu'on venait d'ouvrir, n'ont rien éprouvé. La peste n'est donc pas une maladie virulente comme la variole, elle s'inocule difficilement, se rapprochant en cela de la rougeole, de la scarlatine et surtout de la diphthérie.

Nous ne pouvons pas dire avec Bousquet : « Je ne sais pas si la peste peut être transmise par les *vêtements*, mais je l'affirme. » Cependant, sans attacher à tous les récits des caisses et des vêtements qu'elles renferment une importance exagérée, on peut dire que la transmission par les effets à usage paraît possible. L'observation la plus concluante est l'expérience faite au Caire en 1835, en présence de Gaëtanibey, Clotbey, Lachèze et Bulard. Le 15 avril à midi, Ibrahim Assan et Ben Ali, condamnés à mort, extraits de la citadelle du Caire, se couchèrent dans des lits que venaient d'abandonner des malades atteints d'une peste bien caractérisée. Le 19 avril, Ibrahim avait la peste avec bubons et charbons ; il mourut le 25. Ben Ali avait également éprouvé vers la fin du troisième jour les symptômes ordinaires de l'invasion de la peste, mais la maladie avorta et la convalescence commença dès le quatrième jour.

De nombreux faits ont été cités pour essayer d'établir que la peste était transmissible par les *marchandises*, mais nous n'avons trouvé aucun cas absolument positif.

Il résulte de nombreuses observations :

- 1° Que l'*air* peut être un agent de transmission de la peste ;
- 2° Que la contagion ne s'exerce que dans un rayon limité.

On peut affirmer, en effet, que cette maladie ne passe jamais, d'un pays à un autre, sans qu'il existe un agent intermédiaire saisissable. La peste s'attache aux pas des voyageurs, l'homme est son principal agent de transmission. Toutefois, on n'a pas encore pu saisir dans l'atmosphère le corps du délit. L'époque à laquelle ces observations ont été faites ne connaissait pas ce genre de recherches, qui depuis ont été entreprises avec succès pour d'autres maladies. Quoi qu'il en soit de ce desideratum, la

transmission de la peste par l'air, dans un rayon limité, ne saurait être mise en doute.

INCUBATION DE LA PESTE. — SA DURÉE.

La durée de l'incubation de la peste est très importante à préciser, puisqu'elle est la base sur laquelle doit être établie la durée de la quarantaine. La plupart des auteurs acceptent qu'elle ne dépasse jamais huit jours; c'est l'opinion à laquelle Aubert-Roche était arrivé. S'appuyant sur un grand nombre de faits, il a affirmé que, de 1717 à 1845, aucun passager de bâtiment venant en Europe n'a eu la peste en mer ou dans les lazarets, si, dans les premiers huit jours après le départ d'un port infecté, aucun cas de peste n'avait éclaté dans l'équipage, ni parmi les passagers. Le travail de Aubert-Roche fut renvoyé à l'examen d'une commission de l'Académie (1845), et, sur la demande de la commission, le ministre des affaires étrangères adressa aux consuls de France dans les ports de la Méditerranée où existent des lazarets, une circulaire ayant pour objet de demander qu'on fit parvenir à l'administration tous les faits qui avaient trait à cette question.

Ce qui se passa à Livourne confirma d'une façon absolue l'opinion d'Aubert-Roche; on envoya beaucoup d'autres documents, dont quelques-uns parurent faire croire que l'incubation pouvait être plus longue. Mais un examen attentif et une critique raisonnée démontrèrent bientôt que les faits contradictoires étaient, ou incomplètement exposés, ou manquaient de certitude, ou bien encore pouvaient être interprétés d'une façon différente. En somme, malgré quelques exceptions, il y a dans tous les faits une concordance remarquable et une sorte de chaîne d'affirmations qui permet d'établir que, le plus ordinairement, le maximum de durée d'incubation de la peste ne dépasse pas huit jours.

PROPHYLAXIE. — CONSÉQUENCES A DÉDUIRE DE NOS CONNAISSANCES SUR LA PESTE ET OBLIGATIONS QU'ELLES IMPOSENT AUX GOUVERNEMENTS.

La thérapeutique étant trop souvent impuissante en présence de cette maladie, on ne saurait assez s'opposer à son importation. Le traitement préventif doit donc être appliqué avec une extrême sévérité; le malade devra être rigoureusement isolé et, en dispersant les individus affectés, il faudra user de toutes les précautions nécessaires pour empêcher la diffusion du mal par voie de contagion; les pestiférés, tout en étant disséminés et placés dans des endroits élevés et bien ventilés, doivent donc être

sévèrement isolés<sup>1</sup>. La peste est heureusement rare à notre époque; elle a disparu de pays où elle était jadis endémique et n'a plus que des manifestations éloignées; nous pouvons espérer que bientôt ces derniers foyers d'épidémie disparaîtront devant les progrès incessants du bien-être et de la civilisation, malgré le triste fatalisme de Clot-Bey, prétendant que les progrès de l'hygiène ne doivent retarder ni d'un jour ni d'une heure l'apparition de nouvelles épidémies.

*Mesures sanitaires contre la peste.* — On doit distinguer dans les anciens règlements dirigés contre la peste deux points principaux: le système quarantenaire, c'est-à-dire la *durée des quarantaines*, variant selon la nature de la patente et l'état du navire; enfin, la conduite tenue à l'égard des pestiférés. La rigueur de la quarantaine était autrefois telle que, dans certaines circonstances, on infligeait jusqu'à vingt-cinq jours de quarantaine après le débarquement des passagers et de leurs effets. Lors même d'une patente nette, les paquebots-poste français pouvaient être obligés à douze jours de quarantaine, la séquestration datant toujours du débarquement des passagers et de leurs effets. Quant à la conduite qui était prescrite à l'égard des pestiférés, on en jugera par le dispositif des articles suivants, qui sont extraits des règlements de 1835:

« Le pestiféré doit être placé dans une chambre près la barrière de fer.... Lorsqu'il s'agit de l'ouverture d'un bubon, et que ce bubon a son siège sur une partie du corps telle que le malade puisse s'opérer lui-même, on fait usage de caustique, ou l'on emploie tous les moyens possibles pour engager et déterminer le malade. En entrant dans la chambre d'un pestiféré, le chirurgien apporte avec lui un réchaud sur lequel il fait tomber des parfums. Les médecins et chirurgiens n'entrent point dans l'enclos où est logé un malade atteint de maladie contagieuse. Il s'arrête toujours à plus de 6 mètres de distance de la première porte. »

Lorsque Prus fit son rapport à l'Académie de médecine sur *la peste et les quarantaines*, le régime sanitaire était établi:

1° Par la loi du 3 mars 1822;

2° Par une ordonnance du roi en date du 7 août de la même année.

La discussion académique réalisa un premier progrès, surtout par la création des médecins sanitaires en Orient, dont les recherches établirent

<sup>1</sup> Dans une publication récente qui offre l'intérêt et les qualités brillantes d'un roman (*la Peste en Turquie*), M. Tholozan cherche à démontrer une opinion qui a au moins l'apparence paradoxale: que la marche d'une maladie, éminemment contagieuse (la peste), n'est pas influencée par les mesures d'isolement, et qu'elle s'éteint naturellement, qu'il y ait eu ou non prescription et exécution des mesures sanitaires. Le savant médecin du Shah de Perse, malgré tout son talent, ne nous a pas convaincu. Les faits qu'il avance ne sont nullement concluants. Mais leur discussion nous entraînerait trop loin. Il est curieux, cependant, de constater l'influence du milieu et la tendance opposée des esprits en Orient et en Occident. A Paris on cherche à isoler, à désinfecter la variole, la diphtérie. A Téhéran on proclame la liberté de la peste. Ce qui vient de se passer à Vellianka ne me semble pas non plus appuyer l'opinion de M. Tholozan (Voy. Zuber, *loc. cit.*, p. 132, 136).

que la peste n'existait point en ce pays d'une façon permanente. A dater de cette époque, on ne prescrivit plus une quarantaine contre un bâtiment arrivant d'Orient par cette seule raison qu'il arrive d'Orient, sans savoir s'il existe dans le Levant une épidémie de peste. La commission académique a protesté, avec une généreuse indignation, contre les mesures infligées aux pestiférés. Elle a déclaré que les médecins leur devaient les mêmes soins qu'aux autres malades. Elle a également demandé de grands adoucissements dans le système quarantenaire. Nous ne dirons rien ici du règlement de 1852, qui n'est plus aujourd'hui en vigueur, et nous nous contentons de rappeler le dernier règlement contre la peste, 5 mars 1876, qui, en supprimant les vexations inutiles, maintient les précautions nécessaires<sup>1</sup>.

## CHAPITRE III

## FIÈVRE JAUNE

La fièvre jaune est une maladie transmissible, dont le foyer d'origine existe dans les îles de l'Amérique et sur les côtes du golfe du Mexique; elle est caractérisée par un état fébrile, des vomissements de matières noires, des hémorrhagies et une coloration jaune plus ou moins constante de la peau<sup>2</sup>.

Cet ensemble symptomatique indique tout d'abord une maladie générale, une intoxication produite par un principe spécifique qui étend son action sur toute l'économie.

La fièvre jaune est donc une maladie *totius substantiæ et sui generis*.

<sup>1</sup> Voyez à l'annexe le Règlement contre la peste. — Voyez également le remarquable rapport présenté à l'Académie de médecine par M. Rochard sur les recherches qu'il reste encore à faire pour élucider les points obscurs que présente l'étude de la peste. (*Bull. Acad. de méd.*, 1880, p. 270.)

<sup>2</sup> Les médecins américains, pendant la dernière épidémie, se sont surtout occupés de l'anatomie pathologique microscopique. Le Dr Marion, médecin résidant à l'hôpital des fiévreux de Louisville, a obtenu les résultats suivants :

Une goutte de sang, extraite du doigt d'un homme atteint de fièvre jaune, et portée sur le champ du microscope, présentait des globules rouges à surface inégale, crénelés; la proportion des globules blancs était considérablement augmentée, au moins dans les cas graves. Au milieu de ces globules se voyaient des corps de forme ovale, ou allongée, d'une couleur jaunâtre et doués de mouvements. C'étaient probablement, dit l'auteur, des bactéries, mais elles ne ressemblaient à aucune espèce qu'il eût vue jusque-là; la couleur du foie varie du jaune clair au brun muscade, elle peut être normale; sa consistance est dure; à la section on constate que les cellules hépatiques sont teintées de bile et qu'elles ont subi la dégénérescence graisseuse; le tissu conjonctif proliféré étouffe les cellules. Les reins sont toujours congestionnés et parfois considérablement augmentés de volume. A la section on trouve des hémorrhagies dans les deux substances. Les tubes urinaires sont, les uns remplis d'une substance granuleuse et de cellules épithéliales, les autres complètement vides et dépouillés d'épithélium. Il y a souvent un léger degré de dégéné-

Elle n'offre pas toujours une égale intensité. Si elle se présente le plus souvent avec des formes sévères, les *cas ébauchés* de fièvre jaune, les demi-malades existent aussi et sont même souvent les plus à redouter.

Comme les pestes frustes, comme les diarrhées cholériques, ces formes atténuées de la fièvre jaune sont importantes pour le médecin sanitaire. Les demi-malades, en effet, arrivent à tromper la surveillance la plus attentive; cependant leur maladie possède la même spécificité que les formes graves, et ils portent en eux le même danger au point de vue de la contagion.

Louis, qui a suivi et étudié l'épidémie de Gibraltar, assure avoir été témoin de plusieurs fièvres jaunes qui, bien que parfaitement caractérisées, permettaient au malade de sortir librement. Ces cas ébauchés constituent la fièvre jaune aussi réellement que les cas de variole légère ou discrète constituent la variole, que la scarlatine, réduite au mal de gorge spécial, constitue la scarlatine. C'est la fièvre jaune à l'état de maladie fruste.

HISTOIRE DES ÉPIDÉMIES DE FIÈVRE JAUNE EN EUROPE. — ÉPIDÉMIES D'ESPAGNE (CADIX, MALAGA, BARCELONE). — ÉPIDÉMIES DE LISBONNE, DE GIBRALTAR, DE SAINT-NAZAIRE, DU PASSAGE, DES ÎLES CANARIES. — LES ÉPIDÉMIES SE MULTIPLIENT AVEC LES COMMUNICATIONS.

La première apparition de la fièvre jaune en Europe eut lieu à Cadix, en 1750, d'après Villalba, tandis que, pour Moreau de Jonnés, elle daterait de 1705. Elle reparut dans la ville en 1755, en 1764, en 1800, en 1804, en 1810 et en 1819. Nous insisterons seulement sur celles de ces épidémies qui ont été les plus importantes.

Nous avons peu de détails sur la première (1705), qui, d'après Navarette, aurait été apportée par un navire venant d'Amérique, et se serait propagée à d'autres villes d'Espagne.

Arejula nous a conservé la description de la grande épidémie de 1800. Des navires anglo-

rescence graisseuse; en un mot, d'après l'auteur, les reins présenteraient toutes les apparences du rein Brightique. La rate n'offre pas de lésion constante: tantôt elle est normale, tantôt légèrement hypertrophiée. Le Dr Collins Mac Elroy (*The Cincinnati Lancet and Clinic*) a trouvé la rate très hypertrophiée. La muqueuse du tube digestif ne présente d'autre lésion qu'une congestion généralisée et s'étendant à toute la longueur de ce tube. Le cœur est également le siège d'une dégénérescence graisseuse. M. Marion a placé devant la bouche de ses malades un verre parfaitement nettoyé sur lequel il versait une légère couche de glycérine; après avoir ainsi exposé cette plaque à l'air expiré, il la portait sur le champ du microscope et il y a constaté la présence d'une grande quantité de vibrions très actifs; il n'en donne malheureusement qu'une description très succincte en disant qu'ils étaient *courts et pointillés*. C'est surtout l'étude des modifications de l'urine qui a préoccupé la plupart des médecins. On y constate d'une façon constante des tubes granuleux et de l'épithélium rénal, ainsi que de l'épithélium vésical; on y trouve aussi de la bile. Les tubes granuleux apparaissent dans les urines au bout de 48 heures dans les cas graves, plus ordinairement vers le 5<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour. L'albumine s'y montre dès les premières heures; c'est même là pour le Dr Bell (*Cincinnati Medical News*, Octob.) le meilleur signe distinctif entre certaines formes frustes de fièvre jaune et certains accès de fièvre intermittente. Voyez aussi: Dr Chaillé et Sternberg. Rapport préliminaire de la Commission nommée par le Conseil national de santé des États-Unis pour étudier la fièvre jaune de La Havane (National Board of health. Bulletin supplém. nov. 1879. — Pasqual Beauville de La Havane. La fièvre jaune chez le cheval (National Board of health. Bulletin 1880).