

Antilles
CONSIDÉRATIONS PATHOLOGIQUES

SUR

LES PAYS CHAUDS

OBSERVATIONS FAITES AUX ANTILLES FRANÇAISES
DE 1857 A 1862

PAR

PIERRE-JEAN-MARCELIN BRASSAC

de GRAYSAC (Lot)

DOCTEUR EN MÉDECINE

Chirurgien-major du yacht impérial *la Reine-Hortense*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE DE GRAS

1865

Mon ami & collègue
Castillon Souvenir et
affectionnement

Bray

CONSIDÉRATIONS PATHOLOGIQUES

SUR

LES PAYS CHAUDS

OBSERVATIONS FAITES AUX ANTILLES FRANÇAISES

DE 1857 A 1862

PAR

PIERRE-JEAN-MARCELIN BRASSAC

de CRAYSSAC (Lot)

DOCTEUR EN MÉDECINE

Chirurgien-major du yacht impérial *la Reine-Hortense*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE DE GRAS

1865

CONSOLIDATED FINANCIAL STATEMENTS

LES BAINS (CHARENTAIS)

Yves BOUTIER, Président

Directeur Général : Yves BOUTIER

1997

Présentation des résultats

A UN AN DES BAINS CHARENTAIS

Chiffres en millions d'euros

Les Bains Charentais a réalisé en 1997 un chiffre d'affaires de 10,2 millions d'euros, en hausse de 15% par rapport à 1996. Cette performance est due à la mise en œuvre de la stratégie commerciale adoptée en 1996, qui a permis de développer les ventes de produits de soins et de cosmétiques.

PROFITABILITÉ

PROFITABILITÉ FINANCIÈRE DE 1997

1997

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Tribut d'amour et de reconnaissance !

.....

A mon oncle **MARTIN BRASSAC**

Chevalier de la Légion d'honneur

Vous avez été pour moi un second père, en m'ouvrant la vie de l'intelligence : soyez heureux et béni dans la personne de ceux qui vous sont si chers.

P.-J.-M. BRASSAC.

A M. le contre-amiral DUPOUY

Commandant en chef la division des yachts impériaux
Commandeur de la Légion d'honneur

Vous avez bien voulu me choisir, amiral, au milieu de collègues plus dignes que moi de la faveur que vous m'avez accordée.

J'ai dû à votre haute bienveillance d'avoir pu me livrer aux tranquilles études et terminer un travail dont une partie est publiée aujourd'hui comme dernier acte probatoire.

Puis-je placer, amiral, ce premier essai sous un patronage plus élevé et en même temps plus bienveillant que le vôtre ? Ce sera une nouvelle faveur pour moi que de voir l'hommage de ce travail, si imparfait, agréé par vous comme un faible témoignage de ma vive reconnaissance.

A MESSIEURS A MESSIEURS

A M. GEOFFROY

Capitaine de frégate

Commandant du yacht impérial *la Reine-Hortense*

Officier de la Légion d'honneur

Les officiers, heureux de servir sous vos ordres, commandant, savent tous que vous êtes leur bienveillant ami, aussi bien que leur digne chef.

A M. CH. DUPLOUY

Professeur d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine navale de Rochefort.

Votre amitié et vos conseils, mon cher professeur, ne m'ont jamais fait défaut. Je suis heureux de mettre votre nom en tête de mon dernier acte probatoire.

P.-J.-M. BRASSAC.

A MES FRÈRES, A MES SŒURS
& A MA BELLE-SŒUR

Sentiments d'inaltérable affection!

A mon beau-frère STANISLAS COUTURE

Tu sais si j'ai vu avec bonheur resserrée par un lien plus
intime l'amitié de notre première jeunesse.

A TOUS MES COLLÈGUES

A TOUS MES AMIS

AVANT-PROPOS

Appelé, sur notre demande, à faire partie du cadre médical de la Guadeloupe, nous avons servi pendant cinq années consécutives dans les hôpitaux de cette colonie (1857-1862).

A notre arrivée dans ce pays si nouveau pour nous, surtout au point de vue pathologique, tous nos efforts se sont portés vers l'étude et l'observation des maladies endémiques et de leurs rapports avec le climat. Nous arrivions à la fin d'une épidémie de fièvre jaune. La pathologie du pays reprenait son allure ordinaire; les maladies endémiques, leurs caractères spéciaux et leur degré de fréquence. La fièvre jaune, en effet, n'est pas endémique à la Guadeloupe, et, quand elle y porte ses ravages, elle donne un cachet particulier, anormal, au règne pathologique qu'elle absorbe.

Si nous n'avons vu cette redoutable maladie qu'à

l'état sporadique, nous avons pu, d'un autre côté, observer les endémies dans toutes leurs variétés de manifestation.

Dans la pratique des hôpitaux principaux, nous avons eu pour nous guider la précieuse expérience de nos maîtres. Dans les services que nous avons dirigés dans les dépendances de la colonie, ce secours nous a manqué. Il nous a fallu une observation encore plus sévère, une comparaison raisonnée des faits actuels avec les faits passés, pour en déduire une thérapeutique rationnelle.

Cette position du médecin isolé et ne prenant conseil que de lui-même nous a livré bien souvent à de cruelles incertitudes ; mais, d'un autre côté, cette indépendance, qui nous chargeait d'une lourde responsabilité, était favorable pour mûrir notre jugement et nous habituer à ne pas rester désarmé dans une circonstance difficile, imprévue.

La mission du médecin dans ces postes est encore plus délicate que celle du médecin naviguant ; il a à remplir les obligations les plus diverses.

Le service des hôpitaux, des hospices civils, des pénitenciers, des prisons, des établissements d'aliénés, des léproseries ; la médecine légale, l'hygiène, publique, les maladies des femmes et des enfants, sont tout autant de questions qui doivent lui être familières, sous peine de ne pas être à la hauteur

de la mission qui lui est confiée. Pour cela un travail incessant suffit à peine. Si à ces questions professionnelles on ajoute le travail spécial nécessité par notre mode d'avancement, l'action toujours débilitante du climat, on se fera une idée des fatigues contre lesquelles doit constamment lutter le médecin de la marine dans ces circonstances.

La pathologie des pays chauds a été l'objet de belles et remarquables études; aux travaux justement estimés de Campet, Bajon, Dazile, Thévenot, Segond, Levacher, de MM. Maher, Cornuel, Forget, Lefèvre, Rufz, Fonssagrives, Rochard, Daullé, J. Laure, Bel, etc., sont venus s'ajouter tout récemment deux ouvrages d'un rare mérite : le *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, par M. Dutrouleau, et le *Traité de la dysenterie*, par M. Delieux de Savignac, portent le cachet de sévérité qui appartient aux écrits de ces cliniciens distingués.

L'ouvrage de M. Dutrouleau est devenu à juste titre le *vade-mecum* des médecins appelés à servir dans les pays chauds; il n'est pas donné à tout médecin de couronner aussi dignement une carrière des plus actives, en laissant une œuvre durable, qui sera, nous en sommes convaincu, féconde en résultats.

Nous connaissons des travaux de M. Dutrouleau,

mais nous n'avions pas alors son livre pour nous guider et nous épargner bien des soucis et de pénibles recherches ; et à ce propos qu'il nous soit permis de formuler un simple vœu, un *desideratum* dont nos collègues sauront apprécier l'opportunité.

Nous avons bien souvent regretté l'absence d'une publication périodique pour les chirurgiens de la marine, publication exclusivement consacrée à l'étude des lieux et des climats qu'ils visitent et des maladies propres à ces climats. Ces observations du médecin naviguant, les extraits des rapports des chefs de service dans nos colonies, les cliniques spéciales de nos hôpitaux maritimes, constitueraient un recueil précieux pour le médecin de la marine : au bout de quelques années, cette bibliothèque, riche de faits, serait son guide et son conseil sous toutes les latitudes.

Le médecin naviguant, comme le médecin en service aux colonies, consigne, nous le savons, le résultat de ses observations dans des rapports périodiques, mais ces rapports ne sont connus que du petit nombre. En outre, les travaux publiés dans des brochures, dans des journaux si divers, passent le plus souvent ignorés de ceux qui auraient le plus d'intérêt à les connaître. La vie militante du médecin de la marine, la nature de son service, lui permettent rarement de fréquenter les bibliothèques

de nos Écoles, d'entendre la parole des maîtres sortis de ses rangs... Après des années d'absence, pendant lesquelles il n'a eu pour ressources qu'une bibliothèque classique forcément restreinte, les secours de son expérience et de son travail de chaque jour, le médecin de la marine, de retour au port, est obligé, malgré les occupations multiples exigées par ses concours, de jeter un regard sur le passé, sous peine d'ignorer les progrès accomplis dans la période de temps qu'il a passée dans les stations lointaines, au milieu d'un groupe d'hommes dont il a partagé les dangers, les fatigues et l'abnégation.

La publication que nous appelons de tous nos vœux comblerait cette lacune. La parole de nos maîtres arriverait jusqu'à nous sous toutes les latitudes. Dans les circonstances difficiles, dans les épidémies, sous les climats meurtriers, les conseils de nos aînés dans la carrière viendraient, non pas fortifier notre dévouement, mais rassurer notre jeune expérience.

Disons maintenant dans quel but nous avons rédigé ces notes.

Nous nous sommes fait une loi, en débutant dans la carrière médicale, de noter chaque jour les résultats de nos observations au lit du malade et de nos recherches nécroscopiques.

Persuadé que notre expérience novice ne pourrait retirer quelque fruit de ce travail qu'en coordonnant, après quelques années de pratique, les faits recueillis, nous avons revu ces notes, jetées rapidement sur le papier, sans autre prétention que celle de notre instruction personnelle.

C'est une partie de ces notes, celles recueillies pendant un séjour de cinq années à la Guadeloupe, que nous réunissons aujourd'hui pour les soumettre au jugement des maîtres de cette École. Nous avons pensé, en venant leur demander de rehausser, par un titre universitaire, les grades conquis par plusieurs luttés, que nous ne pouvions mieux faire, dans cet acte probatoire, que d'exposer ce que nous avons vu et fait dans une période de notre carrière maritime.

Pour donner à ces notes quelque valeur, il aurait fallu une compétence médicale que nous n'avons pas; il aurait fallu, en outre, beaucoup de temps, et ce temps nous a manqué. Un service très-actif dans les colonies, un travail particulier nécessité par nos concours, une santé fatiguée, altérée, ne nous ont pas permis de faire mieux.

Pour cet essai si imparfait, nous demandons l'indulgence de nos Juges. Nous désirons que, comme nos chefs, ils ne voient dans ce travail que l'intention d'avoir voulu remplir consciencieusement notre

devoir, dans les divers postes qui nous ont été confiés.

Avant de terminer, qu'il nous soit permis de témoigner ici, publiquement, notre vive reconnaissance à tous nos excellents maîtres dans les hôpitaux de la Guadeloupe : MM. Saint-Pair, premier médecin en chef de la marine; Poupeau, Walther, Moufflet, seconds médecins en chef; Pellarin, chirurgien de première classe.

Nous les remercions pour la bienveillance avec laquelle ils nous ont entouré des conseils de leur vieille expérience.

Il est un autre maître vénéré auquel il nous est doux d'apporter le tribut de notre profonde reconnaissance. La jeunesse studieuse de nos hôpitaux de la Guadeloupe sait tout ce qu'elle doit au docteur Lherminier, de la Pointe-à-Pitre, habile chirurgien, praticien consommé, savant botaniste.

Avec une bienveillance inépuisable, M. Lherminier nous a ouvert ses hospices, où nous avons trouvé, sous sa direction, matière à d'excellentes études sur les maladies chirurgicales.

Nous ne voulons pas oublier nos dévoués collègues Pestre, Charles Senelle, Mattei, Gaultier de

Lafférière. Leur sympathie ne nous a jamais fait défaut; quelques-uns nous ont prouvé leur amitié dans les mauvais jours. Merci à tous. Notre cœur n'oublie point.

CONSIDÉRATIONS PATHOLOGIQUES

SUR

LES PAYS CHAUDS

CHAPITRE I^{er}

Constitution géologique des Antilles françaises. — Du climat dans ses rapports avec les maladies. — Du travail des Européens aux Antilles. — Hygiène. — De la passion alcoolique.

Des géologues, méconnaissant la constitution minéralogique des Antilles, ont voulu considérer ce vaste archipel comme les débris d'un grand continent déchiré, bouleversé par une irruption de l'Océan, qui aurait ainsi formé le golfe du Mexique.

Cette opinion, reposant sur une pure hypothèse de Buffon (*Théorie de la terre*), a été adoptée, sans autre

preuve, par Dupujet, Raynal, Fleurieu, mais aussi vivement combattue par les savants contemporains.

Le but de ce travail n'est pas de discuter longuement sur la formation de ces îles. Nous nous rallions tout à fait à l'opinion de M. Moreau de Jonnés, qui nous semble avoir prouvé d'une manière irréfutable que le grand courant de l'Atlantique n'a pu former les Antilles. Son action, loin d'être destructive, s'unit à celle des grands fleuves de l'Amérique, pour présider à des formations alluviales quelquefois considérables, comme l'a montré de Humboldt.

L'aspect général des petites Antilles, l'examen le plus superficiel de ces îles, démontrent suffisamment la constitution volcanique des unes, la formation calcaire des autres.

De nos colonies, la plus grande partie de la Martinique, la Guadeloupe proprement dite, les Saintes, une partie de St-Martin, sont d'origine volcanique.

La Grande-Terre, la Désirade, Marie-Galante, une partie de St-Martin et les assises de la Martinique qui regardent le grand Océan, sont de formation calcaire.

Disons cependant que, dans cette dernière catégorie, existe partout un sous-sol volcanique relié aux volcans voisins.

Les Saintes sont composées de huit îlots ou rochers volcaniques, provenant de plusieurs foyers dont l'action a été trop faible pour combler les intervalles qui les séparent.

La Guadeloupe paraît avoir été formée par quatre vastes foyers qui ont comblé presque entièrement les intervalles qui séparaient leurs aires ; d'où un massif plus compacte, moins découpé. En outre, autour de ces foyers principaux se sont ouverts des cratères secondaires, qui ont formé de nouvelles montagnes ; ainsi se sont formées la tête du Palmiste, la grande Découverte, autour de la Soufrière.

Les coulées de ces foyers volcaniques ont donné lieu à la formation de ces collines élevées ou mornes qui constituent plusieurs étages jusqu'à la mer.

Une chaîne de montagnes, dont les pentes s'adouissent ou se terminent de manière à laisser entre leurs bases et le rivage des étendues de terre, des bandes plus ou moins considérables, tel est l'aspect de la Guadeloupe proprement dite. C'est dans cette espèce de ceinture et sur les flancs praticables de ces mornes que sont établies les cultures et les habitations. Au point culminant des pics volcaniques, la végétation est à peu près nulle ; immédiatement au-dessous et dans toute la zone moyenne existent les grands bois.

La chaîne volcanique des Antilles forme l'enceinte de la mer des Caraïbes. Les Antilles calcaires sont situées en dehors de cette chaîne, du côté du grand Océan, qui leur a fourni la série des superpositions auxquelles elles doivent leur origine.

Nous ne trouvons plus ici les pics élevés, mais bien des plateaux ondulés, d'une élévation dépassant rare-

ment 60 à 80 mètres au-dessus du niveau de la mer.

Nous n'avons plus le sol argileux, les torrents, les grands bois des îles volcaniques; les courants d'eau sont rares, le palétuvier constitue la principale forêt. Contrairement à l'opinion de M. Moreau de Jonnés, nous verrons combien la sécheresse, tout en nuisant à la richesse des cultures, est loin de favoriser la santé des populations.

Nous avons dit que le sous-sol de ces îles est volcanique; on voit, en effet, en certains points, la base volcanique projeter ses éminences. L'épaisseur du dépôt marin n'est pas partout la même. Les mornes calcaires de Ste-Anne, les hauteurs de l'Anse-Bertrand, dominent les plateaux de la Grande-Terre. Entre ces reliefs divers, sont des vallées marécageuses dont quelques points sont au-dessous du niveau de la mer. Le séjour des pluies sur l'alluvion marine constitue, comme nous le dirons bientôt, un foyer morbigène des plus intenses.

Les maladies endémiques, à la Guadeloupe comme dans la plupart des pays de la zone torride, sévissent en toutes les saisons. C'est que, en effet, le climat de ces pays présente une uniformité qui se reflète dans le règne pathologique. Nous n'observons pas ces différences si tranchées qui, dans nos zones tempérées, délimitent les diverses saisons de l'année. La saison est, pour ainsi dire, une, et l'échelle thermométrique

n'accuse que des variations peu prononcées, variations dont le degré le plus inférieur caractérise encore une température estivale dans nos climats.

Ces variations, cependant, et les phénomènes météorologiques qui les accompagnent, ont servi à diviser l'année en deux parties ou saisons, ayant chacune une période de transition. La saison chaude, dite saison de l'hivernage, comprend les mois de juillet, août, septembre et octobre; la saison fraîche comprend les mois de décembre, janvier, février, mars, avril et mai. Mais durant ces deux saisons l'échelle thermométrique est toujours comprise entre 20° et 30° centigrades. Il faut considérer, néanmoins, que 20° constituent un froid relatif pour le créole et l'Européen acclimaté; aussi est-ce pendant la saison fraîche que se déclarent les affections catarrhales.

Les non-acclimatés, pour lesquels la chaleur excessive de l'hivernage est si fatigante, surtout s'ils conservent les habitudes d'activité des climats d'Europe, désirent avec impatience l'arrivée de la saison fraîche, qui retrempe leur organisme, modère les sueurs, etc. . . .

Heureusement, en toute saison, la chaleur est rendue moins sensible par les brises d'ouest ou du large, qui soufflent une grande partie de la journée vers la terre. Cet avantage est particulier à la Guadeloupe proprement dite et au groupe des Saintes; à la Grande-Terre, en effet, les mornes peu élevés n'interceptent pas le courant des vents alisés; aussi ces brises solaires sont-elles très-inégales et peu prononcées sur son littoral.

Le peu de variations dans l'échelle thermométrique doit faire prévoir, avons-nous dit, une certaine uniformité dans les maladies, surtout dans les maladies endémiques, spécifiques.

Les fièvres paludéennes, les affections miasmatiques, en général, pourront être moins fréquentes, moins graves pendant la saison fraîche; mais c'est dans une plus grande résistance à l'intoxication, dans une plus grande force d'élimination, qu'il faut chercher la raison de ce fait, plutôt que dans le ralentissement d'activité des foyers miasmatiques. En hiver, dans nos climats d'Europe, la température baisse et empêche le rayonnement des foyers palustres; mais, avec une température de 20° à 30°, il ne peut y avoir du repos dans le rayonnement tellurique. En outre, les miasmes se concentrent plus facilement sur l'enveloppe cutanée, dont le calorique en excès active l'absorption.

Des médecins qui ont plus de trente années de pratique dans les colonies nous ont affirmé que les maladies miasmatiques prenaient un caractère épidémique très-grand toutes les fois que la température moyenne du jour dépassait, pendant quelques semaines, 30° centigrades. Il ne faut pas oublier, cependant, que, avant tout, la nature du sol doit être prise en considération. Le soleil, nous le savons, peut, dans les lieux les plus salubres, produire des accidents mortels sur l'encéphale et ses enveloppes, accidents simulant quelquefois les phénomènes pernicioeux de l'élément palustre; mais, le plus souvent, le travail en plein air, réglé avec pru-

dence, se concilie très-bien, dans les lieux salubres, avec la santé de nos troupes. Nous disons même qu'il est salubre, car l'oisiveté des troupes casernées ne peut engendrer que nostalgie, mauvais penchants, habitudes d'ivrognerie.

« Dans les lieux salubres, écrivait le général Donzelot, en mission à la Guadeloupe, le travail, exécuté même pendant les heures les plus chaudes du jour, est favorable à la santé. » Les travaux opérés aux Saintes depuis 1840, ceux qui ont été exécutés au camp Jacob, le prouvent suffisamment. Il n'y a eu du danger que lorsque les travaux de fouille ont été faits profondément et sur des terrains gras. On a dit et répété bien souvent que la race européenne est incapable de travail aux Antilles; cette proposition a du vrai, mais il faut considérer la nature du sol, la nature du travail, la durée de ce travail et l'alimentation des travailleurs.

Le soldat, qui ne séjourne que quelques années dans la colonie, est dans d'autres conditions que le colon blanc sans ressources. Ce dernier, attaché à sa terre, lutte en vain, pendant une vie trop courte, pour arriver à un acclimatement impossible. Son régime est loin d'être réparateur. Dans ces climats, un régime convenable peut à peine compenser les déperditions incessantes éprouvées par le corps exposé à l'action des rayons solaires et inondé de sueur. A plus forte raison, la lutte sera-t-elle inégale avec une alimentation insuffisante, composée presque uniquement de végétaux, de féculents, de morue salée, et de laquelle sont bannis la viande, le pain et le vin.

L'ordinaire de nos troupes, au contraire, est calculé rigoureusement d'après les règles d'une hygiène prévoyante; quoique grossier, il est suffisant pour des hommes faits, et son uniformité, qui serait fatigante pour des hommes délicats, est, nous le croyons, la meilleure garantie pour le soldat. Maître de son régime, il le remplacerait souvent, et à son détriment, par des aliments moins réparateurs.

Le cultivateur, qu'il travaille pour son compte ou pour le compte d'un employeur, a intérêt à utiliser tout son temps; en outre, le sol qu'il cultive est le plus souvent d'autant plus malfaisant qu'il est plus riche.

Le militaire, au contraire, employé aux travaux de l'Etat, ne fournit en moyenne que sept à huit heures de travail par jour; les heures de repos sont sagement calculées. La nature du travail n'est pas la même: au lieu d'une étendue considérable de terrain à cultiver, c'est le plus souvent un fort à construire, un campement à établir, une route à tracer, généralement sur des points élevés et peu exposés à l'action palustre. Mais il existe encore une différence capitale entre le soldat et le travailleur.

Le cultivateur, quelle que soit son origine, après une longue journée de travail, n'est pas toujours assez prudent pour se livrer au repos. Les courses, les danses, la fréquentation des cabarets pendant la nuit, ne favorisent que trop les excès de tout genre, ajoutant à l'action du travail du jour une influence dépressive sur l'organisme.

Il n'en est pas de même des militaires, qui, soumis à une surveillance nécessaire, peuvent, après une journée modérée de travail, jouir d'un sommeil réparateur de neuf heures au moins, à moins de corvées de nuit, rendues plus rares qu'en France.

Les travailleurs européens sont, du reste, très-rares aux Antilles. Nous avons vu à St-Barthélemy, dans la commune de Lorient, une population blanche, colonie normande, à mœurs primitives et patriarcales, s'adonnant à la culture du sol. Ce sol est montueux et sec presque toute l'année. Ces colons ne ressentent pas l'anémie, sont exempts de fièvres, de dysenterie.

A l'époque de nos commotions politiques, en 1848, alors que le travail était pour les nègres de nos colonies un souvenir de l'esclavage, quelques habitants de St-Barthélemy, attirés par l'intérêt, vinrent s'établir, en qualité de cultivateurs, à la Guadeloupe. En peu de temps, tous succombèrent à la cachexie paludéenne et aux affections endémiques. Voilà donc deux îles, à peu près sous les mêmes latitudes, ayant à peu près la même température, mais une constitution géologique sensiblement différente: dans l'une, végétation rare, sécheresse du sol; dans l'autre, végétation luxuriante, humidité presque constante... Ce dernier caractère seul rend la Guadeloupe inhospitalière pour la race européenne qui veut s'adonner, d'une manière suivie, à la culture du sol. Les Madériens eux-mêmes, qui, en assez grand nombre, sont venus en qualité de travailleurs à la Guadeloupe, n'ont pu lutter contre

l'action débilitante du climat, quoique originaires d'une île voisine des tropiques. Ceux qui travaillaient dans la zone du littoral ont été emportés par la cachexie palustre ; beaucoup de ceux qui habitaient les hauteurs ont succombé à des affections organiques des voies respiratoires.

Indépendamment des affections miasmatiques, il est une maladie que l'on peut encore regarder comme liée d'une manière assez intime à la constitution géologique et météorologique de plusieurs de nos possessions intertropicales ; nous voulons parler du tétanos. Qu'il soit spontané ou accidentel, qu'on l'observe chez le nouveau-né ou à la suite d'une lésion quelconque, on sera toujours obligé de faire intervenir, comme cause productrice spéciale, l'humidité en excès, le passage assez brusque de la chaleur du jour à la fraîcheur et à l'humidité des nuits ; la prédominance nerveuse et, par suite, l'état d'éréthisme nerveux presque permanent dans lequel se trouvent les habitants des pays chauds, sous l'influence de cette constitution atmosphérique au milieu de laquelle ils vivent... Là où ces causes manquent, le tétanos est rare, à moins de lésions traumatiques ayant produit de grands désordres. Il est rare dans nos hôpitaux d'Europe et ne s'observe guère que sur les champs de bataille, où se présentent ces conditions spéciales fâcheuses ; il est même rare à St-Barthélemy, à la Désirade, pourtant sous les mêmes latitudes que la Guadeloupe ; et dans cette dernière colonie il est moins fréquent qu'à la Guyane. La consti-

tution météorologique seule nous donne la raison de ces différences. Nous pourrions apporter de nombreux exemples à l'appui de cette manière de voir.

A St-Martin, nous avons donné des soins à un jeune enfant de dix ans qui avait eu, à la suite d'une chute de cheval, la plante du pied divisée par un fragment de bouteille; pendant quinze jours, le jeune malade fut exempt de tout accident; au bout de ce temps, la cicatrisation de la plaie était complète. A la sécheresse, qui régnait depuis trois mois dans l'île, succéda un temps d'orage, qui dura plusieurs jours. Au deuxième jour de cette perturbation atmosphérique, notre malade éprouve un malaise, un frisson, le tétanos se déclare, persiste six jours sans aucune amélioration et amène la mort.

Un cas de brûlure nous a fourni le même exemple; malgré l'étendue de la lésion, le tétanos ne se déclara que quatorze jours après l'accident, coïncida avec une modification atmosphérique très-appreciable; seulement il fut foudroyant, et emporta en neuf heures la malade.

Ce n'est donc pas la gravité de la lésion qui entraîne la terrible complication dont nous parlons, mais bien la constitution météorologique. Avec des conditions favorables, un épouvantable désordre traumatique sera exempt de cette complication, qui, dans des circonstances prédisposantes, se présentera à la suite d'une lésion insignifiante en apparence.

Nous avons l'intention de passer en revue, dans ces

considérations préliminaires, les divers phénomènes météorologiques observés dans nos Antilles, d'insister sur les rapports de ces phénomènes avec les divers modes de manifestation des maladies endémiques. Nous voulions, en même temps, consacrer quelques pages à l'étude des conditions hygiéniques les plus favorables à l'Européen dans ces climats.

Nous aurions peut-être pu présenter quelques considérations non dépourvues d'intérêt sur les habitations, démontrer combien les règles d'une sage hygiène sont souvent négligées dans les dispositions de ces constructions. Nous aurions eu occasion de parler du régime souvent mal ordonné de l'Européen, des résultats désastreux produits par des habitudes vicieuses, telles que : alimentation mauvaise, insuffisance du sommeil pendant la nuit, sieste prolongée pendant le jour, excès vénériens et alcooliques, etc.... Mais nous avons pensé que ces considérations nous entraîneraient en dehors des limites que nous avons dû nous imposer dans ce travail.

Quelques mots seulement sur la passion alcoolique.

Le tafia, poison funeste que la distillation retire du résidu de la cuisson de la canne à sucre, cause tous les ans la mort de beaucoup de malheureux. Nos soldats se prennent pour cet infect produit d'une passion dont on ne saurait se faire une idée en Europe. Comme si son action n'était pas assez active, assez toxique, l'invention des industriels et des ivrognes a créé l'amer, ou absinthe suisse économique, macération de som-

mités de petite absinthe indigène dans du tafia. A l'action du tafia se joint l'action stupéfiante de l'huile volatile d'absinthe sur le système nerveux. Ici, que de préjugés à combattre, même dans les plus hautes classes de la société : « L'absinthe est un amer, dirait-on ; donc, c'est un tonique, un excitant. » A ce raisonnement que répondre, si ce n'est que les amandes amères, l'eau de laurier-cerise, l'acide cyanhydrique, sont des amers, et personne, pourtant, ne voudra les doter de propriétés excitantes, toniques. Qu'on ne se figure pas que l'amer ne peut être nuisible que par l'alcool qui le compose : nous ne pouvons ici développer longuement nos idées sur ce point, mais notre conviction profonde est qu'il faut aussi faire la part de l'absinthe et de son huile essentielle.

Prenez deux buveurs de profession, l'un adonné exclusivement au tafia, l'autre à l'absinthe ; ce dernier arrivera plus tôt au tremblement nerveux, à l'hébétude ; il sera moins saturé de tafia que le premier, mais un agent stupéfiant aura plus fortement déprimé son système nerveux.

Nous avons eu malheureusement trop souvent l'occasion d'observer les désordres intellectuels et physiques produits par l'alcoolisme chronique ; nous avons eu le regret de voir de jeunes et belles intelligences flétries, éteintes par le redoutable poison.

La fascination qu'il exerce sur la population de nos colonies est telle, que beaucoup d'Européens, arrivés aux colonies hommes faits et étrangers à toute habi-

tude d'intempérance, s'adonnent au tafia et deviennent en quelques mois des ivrognes de profession.... De l'usage à l'abus, il n'y a qu'un pas, et, ce pas une fois franchi, l'habitude devient impérieuse, irrésistible, à moins que le retour dans les pays tempérés, en plaçant le malheureux dans de nouvelles conditions d'existence, ne le ramène au sentiment de lui-même.

On se fait, en général, une fatale illusion sur les conséquences de l'abus des alcooliques : pour justifier un triste penchant, on voudra se convaincre complaisamment de l'innocuité de l'habitude, et on ne manquera pas de citer un ou deux buveurs qui, durant de longues années, usent et abusent sans présenter de troubles fonctionnels apparents. Il est vrai que, souvent, on ne compte pour rien un véritable épaissement des facultés intellectuelles chez des personnes dont le cerveau inactif n'a jamais rien fourni : en outre, cette parfaite résistance à l'action toxique du tafia est loin d'être prouvée ; mais le fût-elle, qu'il sera toujours permis d'affirmer que l'ivrogne parcourant sain et sauf une longue carrière est un homme en démence qui se jette d'un quatrième étage sans se tuer, quelquefois même sans accident.

Nous comprenons que l'habitant des zones glaciales s'adresse à l'alcool, surtout si son alimentation est insuffisante : pour compenser le rayonnement, la perte de chaleur subie incessamment par son corps : le besoin lui fait contracter une habitude dont il peut insensiblement exagérer les limites. Mais rien ne justifie, pour

l'habitant des tropiques, l'habitude des liqueurs fortes. Toutes les considérations physiologiques font pressentir, de prime-abord, que cette habitude non-seulement est inutile, mais encore qu'elle constitue un danger, en exagérant la chaleur animale, la combustion, alors que le rayonnement du corps est peu considérable dans un milieu dont la température est toujours élevée. Cet excès de combustion surexcite fâcheusement l'activité des organes et doit jouer un grand rôle dans la production des maladies organiques du poumon et du foie.

Les effets fâcheux de l'ivrognerie sur notre garnison des Antilles s'apprécient facilement. C'est l'excitation de l'ivresse qui occasionne de graves délits, amenant des malheureux devant les conseils de guerre; c'est elle qui provoque si souvent ces violations de la discipline, entraînant des répressions contraires aux lois de l'hygiène, mais dictées par une impérieuse nécessité.

Cen'était pas assez de toutes les conditions fâcheuses climatériques qui les environnent, nos militaires ont voulu ajouter un élément de mort volontaire à tous les autres; cette passion, en effet, est cause déterminante de beaucoup de maladies, diminue la résistance du malade, entrave les convalescences et rend les rechutes et les récidives très-fréquentes. Sans elle, les évacuations sur France ne seraient pas si nombreuses, et l'État, avec moins de dépenses, conserverait dans les cadres des sujets valides. Sans être membre d'une

société de tempérance, l'homme qui préserverait de cette funeste habitude tant de malheureuses victimes aurait bien mérité de l'humanité.

CHAPITRE II

Topographie des divers quartiers de la colonie, au point de vue de l'intoxication paludéenne. — Types les plus fréquents de la fièvre maremmatique. — Cachexie. — État pernicieux.

L'intoxication paludéenne, à la Guadeloupe, est l'endémie prédominante; mais son action augmente ou diminue de puissance suivant les saisons et suivant les lieux.

Nous avons, dans notre aperçu météorologique, apprécié l'influence de la température; apprécions maintenant celle des lieux.

Toutes les dépendances de la colonie sont loin de présenter le même contingent relatif de fièvres palustres. Le foyer le plus intense est à la Grande-Terre.

Nous avons mentionné les conditions fâcheuses présentées par la constitution géologique de cette île. Nous savons que son sol peu montueux se compose de trois couches: un sous-sol volcanique, une couche calcaire intermédiaire et la couche végétale.

Dans les points les plus bas, les pluies séjournent, filtrent et forment des nappes souterraines peu profondes. Une haute température, favorisant constamment le rayonnement tellurique, rend très-intense le foyer fébrigène; aussi la fièvre règne-t-elle dans tous les quartiers de la Grande-Terre.

Dans quelques points, tels que le Port-Louis, le Moule, le Morne-à-l'Eau, la fièvre paludéenne, pendant l'hivernage, se montre avec un caractère de péricléosité rare; mais c'est surtout à la Pointe-à-Pitre, ville commerciale, où affluent un grand nombre d'étrangers, où séjournent des détachements de troupe, que l'intoxication paludéenne fait de nombreuses victimes. Cette ville, en effet, entourée d'un canal qui communique à la mer, se trouve sous le vent des terres, et par là exposée, non-seulement aux miasmes qui naissent sur son sol, mais encore aux émanations que les vents lui apportent en passant sur les marais qui l'environnent à des distances variables.

Les deux tableaux suivants donnent la statistique des fièvres paludéennes observées pendant deux années à l'hôpital militaire de la Pointe-à-Pitre.

Nous les empruntons aux rapports de M. le médecin en chef Poupeau.

Nous croyons qu'ils dispensent de tout commentaires.

ANNÉE 1858

CORPS	EFFECTIF MOYEN	FIÈVRES PALUDÉENNES		MALADIES ENDEMIQUES DIVERSES	MALADIES SPORADIQUES				
		Simple	Per-nicieuses	Morts	Internes	Externes	Morts		
Infanterie.....	186	297	4	1	11	2	56	58	0
Artillerie.....	58	87	2	0	6	0	9	21	0
Gendarmerie.....	72	72	5	0	1	0	18	26	0
Marins du commerce..	206	206	0	0	27	1	96	71	1
Divers.....	?...	42	2	2	15	5	78	102	0
		686	41	5	60	6	257	258	1

ANNÉE 1859

CORPS	EFFECTIF MOYEN	FIÈVRES PALUDÉENNES		MALADIES ENDÉMIQUES DIVERSES		MALADIES SPORADIQUES			
		Simplex	Per-nicieuses	Morts	Morts	Internes	Morts	Externes	Morts
Infanterie.....	499	260	14	5	41	1	45	1	1
Artillerie.....	59	74	1	1	5	1	18	1	1
Gendarmerie.....	75	98	1	1	1	1	50	1	1
Marins du commerce..	499	155	5	2	22	5	77	5	1
Divers.....	?...	145	9	9	58	5	101	5	4
		728	29	17	75	9	271	9	6

L'intoxication paludéenne, on le voit, entre pour plus de moitié dans le nombre des entrées. C'est elle qui épuise surtout notre garnison de la Pointe-à-Pitre et la mettrait au moment d'un danger dans de mauvaises conditions de défense; c'est elle qui, souvent, paralyse l'activité de notre marine de commerce, met en souffrance les divers services par défaut d'employés. Le corps enseignant des frères de Ploërmel, réparti dans les diverses communes, paye à l'endémie un large tribut; il en est de même de la gendarmerie coloniale, dont le service est des plus pénibles.

Il est difficile de préciser l'effectif moyen à la colonne portant pour titre : *divers*... Ce titre comprend, en effet, les services civils, les prisonniers et les émigrants admis par mesure spéciale à l'hôpital.

Après la Grande-Terre, vient Marie-Galante pour la fréquence des affections paludéennes. Divers points de l'île présentent des conditions telluriques fâcheuses; de ce nombre est le principal centre de population, le Grand-Bourg. — En 1859, sur 149 entrants à l'hôpital militaire, 54 étaient atteints de fièvre palustre; en 1860, sur 152 entrants, 95 présentaient à divers degrés les signes de l'intoxication paludéenne. Il faut ajouter, en outre, que divers employés ou fonctionnaires ont reçu des soins à domicile pour la même affection.

Après Marie-Galante, vient la Guadeloupe proprement dite.

On peut diviser en trois zones très-distinctes cette partie de la colonie :

1° La zone supérieure non habitée, très-boisée, parcourue par de nombreux cours d'eau ou plutôt de véritables torrents.

2° La zone intermédiaire part de la lisière des grands bois et s'étend jusqu'à trois kilomètres du littoral; elle est composée de mornes formant des étages. Dans cette zone, la déclivité du terrain ne permet pas aux eaux pluviales de s'accumuler; les émanations telluriques peuvent devenir fébrigènes, si l'on bouleverse le terrain; sans cette condition, pas d'intoxication palustre. C'est dans cette zone, à 545 mètres au-dessus du niveau de la mer, que la colonie possède un hôpital de cent lits, précieuse ressource pour la convalescence de ses malades, précieux refuge dans les temps d'épidémie, car les maladies épidémiques ne s'y développent jamais spontanément.

3° Vient enfin la zone du littoral, formant une ceinture de deux à trois kilomètres, légèrement inclinée du côté de l'ouest, tandis que, à l'est, vers la Grande-Terre, la ceinture du littoral est horizontale, formée par des plaines alluvionnaires bordées de marais et de palétuviers. Dans cet étage inférieur se trouvent toutes les variétés de marais.

Le littoral lui-même, sur lequel le choc de la lame rejette sans cesse les substances végétales apportées par les rivières, constitue un laboratoire d'où surgissent des miasmes fébrigènes.

Nous avons pu apprécier cette influence à la Basse-Terre. Nous avons constaté une plus grande fréquence

des fièvres intermittentes chez les habitants qui occupaient le côté de la Grand'Rue baigné par la mer, que chez ceux occupant le côté opposé, comme si un rang de maisons, une allée d'arbres, avait servi de rideau, de barrière, pour les maisons situées de l'autre côté de la rue.

Les Saintes viennent en quatrième lieu; les fièvres paludéennes y règnent principalement en octobre et septembre. En certains points, il faut bien admettre l'influence tellurique; mais nous avons observé la fièvre intermittente dans des maisons situées sur le rivage même et ayant derrière elle des mornes nus et arides. Le littoral constituait donc une variété de marais dont l'action possédait toute son énergie à l'époque des calmes.

Les foyers volcaniques qui ont présidé à la formation du groupe des Saintes n'ont pu combler les intervalles qui les séparent : de là ces vallées encaissées, dans lesquelles la mer a séjourné autrefois et laissé des traces de son passage. C'est l'alluvion marine qui communique aux eaux pluviales arrivant dans ces vallées la propriété d'engendrer des miasmes. Cette fâcheuse condition perd heureusement de sa puissance par la sécheresse habituelle qui règne aux Saintes.

L'année de 1861 a été une année exceptionnelle : nous avons eu 1^m,85 d'eau; aussi avons-nous eu occasion d'observer de nombreux cas de fièvre paludéenne à type tierce très-tenace.

Parmi les bandes de terre et les plaines qui avoisinent la mer, la plaine du Marigot est celle dont l'action maremmatique peut être le plus intense; cette action est ressentie et par le bourg et par les casernes de l'anse à Mirre pendant les vents dominants du S.-E.

Cette plaine du Marigot, avec les grandes pluies, est convertie en un lac, en un étang où pénètre la mer et par infiltration et par simple déplacement des vagues.

On comprend combien le mélange d'eau salée et d'eau douce vient ajouter à l'intensité de ce foyer d'infection. Nous savons que le marais salant ne constitue jamais un danger; M. Mélier, dans son savant rapport, l'a suffisamment démontré. Mais, dès qu'il y a mélange, dès que la proportion des deux eaux se balance, il y a rayonnement palustre par suite de la décomposition d'un grand nombre d'espèces animales et végétales.

Cette plaine est heureusement peu habitée; car, à certaines époques de l'année, les fièvres n'épargnent pas les rares familles qui y cultivent quelques jardins.

Les casernes situées au sommet du dos-d'âne de la coulée qui joint la baie du Marigot à l'anse à Mirre sont cependant plus rapprochées de cette baie; mais les principales entrées donnent sur l'ouest. En outre, des bois de mancenilliers forment une espèce de barrière contre les effluves maremmatiques.

Il y aurait imprudence grave à couper ce rideau

d'arbres, imprudence plus grave encore à remuer cette terre qu'ils recouvrent.

Nous en citerons un exemple, sur lequel nous insisterons plus tard.

La maison située au premier tournant de la route qui des casernes de l'anse à Mirre conduit au fort Napoléon a servi pendant quelques mois de logement à un garde du génie et à sa famille. Cette maison, il est vrai, a une exposition fâcheuse qui la met sans abri contre les vents dominants; mais là n'est pas la cause principale qui a menacé la vie de cette famille. M. L... a coupé une partie du rideau d'arbres qui le garantissait et de l'action trop forte du vent et des émanations maremmatiques du Marigot. Une partie du terrain qui entoure la maison a été convertie en quelques semaines en un magnifique jardin.

M. L..., d'une activité rare dans ces climats, a remué, secoué lui-même ce sol couvert d'une épaisse couche de feuilles et autres détritns végétaux. M. L..., qui n'était aux colonies que depuis quelques mois, a subi, en trois semaines, trois attaques violentes de coliques sèches, névralgie manifestement d'origine tellurique dans le cas qui nous occupe, et qui a mis le malade aux portes du tombeau. Sa famille n'a pas été épargnée; seulement la cause, quoique la même, avait agi sur elle d'une manière moins prolongée, moins continue... Il n'y avait pas saturation miasmatique.

Le fort Napoléon, en construction sur un morne

élevé de 114 mètres au-dessus du niveau de la mer, semble être placé en dehors de la sphère d'action du miasme palustre; mais des sources d'infection n'ont-elles pas pu naître dans son enceinte dans des circonstances particulières? Nous savons que, dans des lieux où la fièvre n'est pas endémique, l'homme peut, par des fouilles et des travaux de terrassement, créer en quelques heures un foyer d'infection tellurique jusque-là inconnu. En 1861, les travaux de terrassement ont été presque la seule occupation des militaires et des ouvriers civils, travaux pour niveler la cour où doivent être les assises de la future caserne, travaux pour creuser les fossés et les fondements des murailles.

A la suite des grandes pluies, qui ont été fréquentes cette année, l'infiltration de l'eau a déterminé quelques éboulements, produit des stagnations profondes, cause des miasmes plus tard rendus libres.

Ainsi le fort Napoléon, qui, une fois terminé, nous paraît devoir être à l'abri de l'infection paludéenne, est capable d'engendrer cette infection tant que dureront les travaux de fouilles profondes.

Nous n'assimilons pas, assurément, l'intensité de ce foyer à celle de certains points du littoral de la Guadeloupe; mais, si à son action se joignent pour quelques hommes une prédisposition acquise; pour beaucoup, des excès alcooliques, l'oubli de toute hygiène; pour tous, les travaux au soleil, une transpiration excessive et débilitante, on comprendra que nous ayons pu observer de nombreux cas de paludisme pendant que

nous dirigeons le service médical de cette dépendance.

Les fièvres sont très-rares à la Désirade; la constitution géologique et la météorologie rendent suffisamment compte de ce fait. Les pluies y sont peu fréquentes, peu abondantes, et la brise de mer, toujours fraîche, ventile la longue langue de terre située entre la mer et la chaîne de montagne qui traverse toute la longueur de l'île, du S.-O. au N.-E.

Tout près du bourg, il existe pourtant un ancien marais salant non exploité, où pénètre encore, par moments, l'eau marine, dont le mélange avec l'eau douce, pendant la saison pluvieuse, doit constituer un foyer fébrigène.

En 1862, nous avons été appelé au secours d'un de nos collègues, médecin hospitalier de cette commune, atteint d'une fièvre rémittente bilieuse qui a présenté des accidents d'une grande gravité, tels que algidité, crampes, troubles cérébraux, etc.

Cet état reconnaissait pour cause l'intoxication paludéenne. Notre collègue traversait, en effet, plusieurs fois par semaine, le marais salant pour se rendre à la léproserie.

Comme la Désirade, Saint-Martin présente d'excellentes conditions de salubrité. La partie habitée de cette île est constituée par un sol sablonneux où règne une grande sécheresse; des brises constantes renouvellent l'atmosphère. En quelques points se trouvent des marigots où se mélangent l'eau marine et l'eau douce; mais, outre que les habitations ne sont pas sous le

vent de ces marigots, les émanations qui s'en dégagent, ne trouvant pas de nuages pour les condenser, ne sont pas ramenées vers la terre par les eaux pluviales.

Pendant un an, nous n'avons observé aucun cas de fièvre intermittente contracté dans cette dépendance, mais les affections des voies respiratoires y sont assez fréquentes.

St-Martin étant trop éloigné du chef-lieu de la colonie, le camp Jacob, par sa température fraîche et son altitude qui le met en dehors de la sphère d'action des miasmes palustres, est, dans les circonstances présentes, le seul lieu de refuge pour nos convalescents.

Si, en tout temps, les troupes pouvaient y séjourner, non-seulement les entrées dans les hôpitaux diminueraient de plus de moitié, mais encore on verrait réduites à des proportions insignifiantes les évacuations de malades sur la France. Le navire-hôpital est en ce moment obligé de faire trois voyages périodiques pour suffire aux exigences impérieuses de ce service.

En 1858, évacués sur France : 77 militaires, 5 officiers, 30 fonctionnaires ou employés divers.

En 1860, évacués : 76 militaires, 13 officiers, et 25 fonctionnaires ou employés.

Sur ce nombre, l'affection paludéenne figure pour plus de moitié. Voici, du reste, ce que fournissent les documents pour 1859 et 1861.

1859, 110 malades évacués : intoxication paludéenne à divers degrés, 68 ; dysenterie, 11 ; hépatite, 3 ; coliques sèches, 2, etc.

1861, 102 malades évacués : intoxication paludéenne, 61; dysenterie, 16; hépatite, 4, etc.

Chez les cinq sixièmes de nos malades, la fièvre s'est manifestée avec le type quotidien. Sur nos états de situation, on voit un chiffre assez élevé de types dits irréguliers; mais il est facile de se convaincre, en remontant au début, que ces types sont altérés, car le caractère de la fièvre paludéenne est de présenter toujours une intermittence périodique, à l'état que l'on pourrait appeler aigu de l'intoxication.

« Les périodes très-variées, mais régulières, suivant lesquelles les accès se succèdent, sont les modes de l'intermittence, et les déviations de ces périodes, auxquelles on a donné le nom de *rémittence* et de *continuité*, n'en sont que des modifications, et ne constituent pas de véritables types. » (Dutroulean.)

Après le type quotidien vient le type tierce, se produisant d'emblée ou consécutivement par modification. Quant au type quarte, il est très-rare; à peine en avons-nous observé deux ou trois cas chaque année, et nous ne l'avons jamais vu comme manifestation primitive de la fièvre.

La fièvre arrivée à l'état chronique affecte quelquefois le type septénaire ou bisépténaire, mais le plus souvent alors, par son irrégularité, déjoue tous les calculs du médecin, qui doit toujours se tenir en garde et tenir peu de compte de la période présumée, pour instituer le traitement.

Le médecin qui exerce dans un lieu palustre doit

bien avoir présent dans l'esprit que l'accès paludéen, quel que soit son type, perd vite de sa régularité. Souvent, même chez les nouveaux arrivés dans la colonie, après deux ou trois accès quotidiens, l'irrégularité survenait et avec l'irrégularité une ténacité défiant la médication la plus méthodique. La saturation miasmatique est plus ou moins rapide, suivant les qualités spéciales du miasme, suivant les prédispositions individuelles, suivant la force de résistance et la force d'élimination. A cet état, le médecin a toujours à craindre l'élément pernicieux avec toutes ses formes les plus insidieuses.

La rémittence et la continuité sont des déviations de l'accès périodique, avons-nous dit. La longue durée des accès, leur intensité, donnent lieu à la première, puisqu'elles diminuent l'intermittence; de la rémittence à la continuité il n'y a qu'un pas. Par les commémoratifs et les symptômes présents, le médecin saura toujours rattacher au paludisme ces manifestations irrégulières, même la continuité; et si ces signes commémoratifs lui manquent, dans un cas grave simulant la perniciosité, dans un pays palustre surtout, il n'hésitera pas à administrer le spécifique, obéissant en cela aux règles de la prudence la plus vulgaire.

Quoi qu'il en soit, abstraction faite des accidents pernicieux, le type altéré est toujours une tendance vers la chronicité de la maladie, vers la cachexie paludéenne. Sous le choc répété des accès, et dans un temps plus ou moins long, cette cachexie survient avec les

formes les plus variées, les complications les plus redoutables.

« Le cachectique, dit M. J. Laure, est pâle, anémique, émacié, triste et languissant; il est impressionné par le temps, il a des vertiges, des étouffements, des hallucinations; il perd le sommeil et l'appétit, il ne transpire plus, il a froid et chaud, il est sujet aux hémorrhagies. La face est jaune paille, livide, tirée; les paupières bouffies, la conjonctive bleuâtre et l'œil éteint; les chairs flasques, blafardes; les jambes grêles et le ventre gros ou très-concave et renflé aux hypochondres. Le sang est aqueux, jaune verdâtre; le coagulum diffluent, la fibrine et les globules au-dessous du chiffre normal. »

Dans la cachexie, le malade peut être emporté par une fièvre pernicieuse syncopale, algide; la mort peut être subite, vu l'état de dépression de l'organisme, incapable de réaction. La mort peut être la suite de l'hydropisie: celle-ci, partielle d'abord et limitée au péritoine et au tissu cellulaire des parties inférieures, finit par occuper toutes les cavités, tous les tissus: le malade meurt par asphyxie. Mais le malade peut succomber à l'anémie, complètement exsangue et transparent comme la cire, véritable cadavre, donnant à son insu la sensation d'un animal à sang-froid. A notre début dans la médecine coloniale, nous avons observé quelques cas de ce genre, et nous fûmes vivement frappé, à l'autopsie, de la décoloration des organes, surtout du cœur, du poumon et du foie.

Dans la cachexie, le spécifique de l'intermittence n'a plus de puissance. En vain, combattra-on le mal par les toniques, les excitants. Il n'y a de salut que dans le déplacement, le séjour hors de la sphère d'action qui a produit l'intoxication, et souvent, à un degré prononcé de cachexie, la convalescence dans les hauteurs est insuffisante; il y a alors urgence de rapatrier le malade.

Nous aurions pu écrire longuement sur un sujet que cinq ans de séjour dans les colonies ont dû nous rendre familier. Nous avons par devers nous de nombreuses observations, à l'aide desquelles nous aurions pu tracer une symptomatologie exacte et sévère des diverses formes de la fièvre paludéenne grave... De plus, les observations nécroscopiques ne nous manquent pas... Mais nous avons pensé qu'après le savant traité de M. Dutrouleau un pareil travail perdrait tout son intérêt. Nous avons, en effet, observé dans la même colonie que ce clinicien distingué, et loin de nous la prétention d'élever la moindre compétence en présence des leçons du maître.

On se fait d'emblée une idée assez nette de ce que l'on doit entendre par fièvre paludéenne simple et par fièvre paludéenne pernicieuse. Il ne faut pas croire cependant que simplicité soit synonyme de bénignité. Comme le fait observer M. Dutrouleau, la fièvre paludéenne simple n'est bénigne qu'au début. La durée des accès et les complications qu'elle amène peuvent occasionner la mort avant la manifestation de la cachexie.

Dans la forme pernicieuse, au contraire, il y a un caractère qui menace immédiatement la vie : c'est l'élément perniciosus, résultant d'une saturation miasmatique plus ou moins complète, et de conditions spéciales tenant, soit à l'individu, soit à la constitution médicale régnante.

Cet élément, sous quelque forme qu'il se présente, ne se manifeste jamais, en effet, d'emblée ; toujours on peut constater la préexistence d'un ou plusieurs accès simples.

Les symptômes dits perniciosus se rapportent aux principaux appareils de l'économie, et, suivant la prédominance d'un ou plusieurs de ces symptômes, la fièvre est dite comateuse, tétanique, cholériforme, pneumonique, etc... Ces dénominations, on le comprend, peuvent se multiplier à l'infini, tant sont nombreuses les variétés de manifestation sous lesquelles peut se montrer ce véritable protée endémique qu'on appelle miasme paludéen.

La forme pernicieuse n'a pas de type. Rien de plus irrégulier, le plus souvent, que la succession des symptômes qui caractérisent une attaque... Aussi toute division suivant le type sera fatalement vicieuse.

Nous ne voyons pas grande utilité à vouloir ramener à un cadre uniforme, à une dichotomie séduisante sur le papier, mais trompeuse dans ses résultats, la classification des fièvres paludéennes perniciosus.

Restant dans l'appréciation sévère des faits, M. Dutrouleau a eu le mérite de s'affranchir de toute clas-

sification forcée, en réunissant les diverses espèces de fièvres par groupes, suivant les affinités de caractères symptomatologiques.

Les deux premiers groupes créés par M. Dutrouleau présentent les fièvres pernicieuses avec prédominance des symptômes nerveux :

1° Groupe de comateuses : soporeuse, carotique, apoplectique, comateuse épileptique;

2° Groupe des ataxiques : délirante, convulsive, ataxique, myélique.

Dans une deuxième division, à laquelle on rattache toutes les fièvres pernicieuses avec prédominance des symptômes de l'appareil digestif, nous trouvons le troisième et le quatrième groupe de M. Dutrouleau :

3° Groupe des algides : algide, dysentérique, hémorrhagique, cholérique;

4° Groupe des bilieuses : bilieuse grave, hématurique, ictéro-hémorrhagique, pernicieuse ictérique, accès jaune, rémittente bilieuse.

On peut enfin former une troisième division des fièvres pernicieuses avec prédominance des symptômes de l'appareil respiratoire : pneumonique, dyspnéique, hémoptoïde.

C'est en vain qu'on voudrait, du reste, assigner des limites précises à ces diverses espèces de fièvre; le symptôme prédominant a servi pour dénommer la maladie; mais il ne faut pas oublier que ces formes diverses se compliquent l'une l'autre, se marient l'une

à l'autre, et que, reconnaissant toutes la même cause, elles sont toutes la manifestation d'un état grave, redoutable.

La forme la plus grave et aussi la plus fréquente des fièvres pernicieuses, c'est la forme algide; vient ensuite le groupe des comateuses; en dernier lieu, les bilienses graves, soit rémittentes, soit continues. Cette forme, très-fréquente dans certaines colonies, telles que Mayotte, s'observe encore assez souvent à la Pointe-à-Pitre et dans les quartiers de la Grande-Terre; mais elle est très-rare à la Basse-Terre. Nous n'avons observé que trois cas de fièvre cholériforme, tous suivis de guérison.

Les états de situation des divers hôpitaux de la colonie fournissent, pour quatre années, 132 cas de fièvre pernicieuse; sur ce nombre, 42 morts; à peu près 1 sur 3.

CHAPITRE III

De la dysenterie à la Guadeloupe. — Quelques considérations sur l'emploi de sous-nitrate de bismuth.

Après les fièvres paludéennes vient, pour le degré de fréquence, la dysenterie endémique. Elle figurait autrefois pour un chiffre élevé dans la statistique de mortalité de nos colonies des Antilles. Alors, en effet, les occasions de rapatriement étaient rares, et les conditions dans lesquelles se trouvait le malade à bord

étaient loin d'être favorables. Il n'en est plus ainsi de nos jours. Le département de la marine a affecté au rapatriement des malades de grands transports dont l'installation est toute spéciale. Ce passage périodique, et plusieurs fois par an, est un bienfait précieux pour nos troupes et les fonctionnaires de la colonie. Depuis quelques années, la mortalité des dysentériques est rare, grâce à cette mesure; de plus, on n'a pas à enregistrer ces épidémies terribles de dysenterie dont MM. Catel, Cornuel et Dutrouleau nous ont laissé l'histoire. Nous ne voudrions pas être trop optimiste, mais n'est-il pas permis d'espérer que le rapatriement fréquent des malades diminuera les chances d'épidémie, en empêchant la formation d'un foyer trop intense et se multipliant par lui-même?

La dysenterie des pays chauds est une maladie infectieuse, mais son foyer diffère assurément de celui des fièvres palustres. On l'observe, en effet, avec des caractères assez graves là où l'endémie palustre est presque inconnue. Elle a son miasme générateur spécial, mais il faut admettre aussi que les localités et les phénomènes météorologiques jouent un grand rôle dans sa production. Nous n'insisterons pas de nouveau sur les différences géologiques et météorologiques présentées par la Grande-Terre et la Guadeloupe proprement dite; mais, si l'on se rappelle ces différences, on verra la part qu'il faut faire à la constitution géologique et météorologique, quand on saura que, à la

Pointe-à-Pitre, la dysenterie est aussi rare et peu grave qu'elle est fréquente et grave à la Basse-Terre.

Les états de l'hôpital de la Pointe-à-Pitre donnent, pour trois ans, 122 cas de dysenterie, soit aiguë, soit chronique. Les immigrants et les prisonniers civils, presque tous nègres, ont fourni plus de la moitié des cas; sur 25 morts, nous trouvons 20 Africains, 3 prisonniers et 2 militaires seulement: et encore ces deux militaires qui ont succombé avaient tous les deux laissé leur mal s'aggraver, s'invétérer, ne réclamant le secours de l'art qu'après la manifestation d'altérations graves et caractéristiques d'une période avancée et désespérée de la maladie.

Chez la plupart des Africains, l'affection existait depuis longtemps, souvent même avant le départ du Congo, et l'on s'imagine facilement combien l'encombrement à bord devait favoriser la marche funeste de la maladie. Chez quelques-uns de ces malades, on observa la forme gangréneuse, beaucoup plus rare sur nos militaires, excepté pendant les fortes épidémies. Nous regardons donc comme fondée l'opinion qui veut que la dysenterie soit peu grave à la Pointe-à-Pitre.

Il n'en est pas de même à la Basse-Terre et dans quelques quartiers de la Guadeloupe proprement dite, où l'humidité est plus grande, les variations de température, la nuit surtout, plus brusques, et l'action des vents régnants plus prononcée.

Les relevés de l'hôpital de la Basse-Terre fournissent, pour trois années, 483 entrées pour dysenterie;

sur ce nombre, 34 morts. Ce chiffre paraîtrait assez élevé et témoignerait d'une haute gravité de la maladie à l'état sporadique, malgré les évacuations sur France, si nous ne faisons observer que 56 Africains, admis d'urgence à l'hôpital, ont fourni 26 morts; restent 8 morts pour 439 entrées: 4 militaires, 4 employés subalternes.

La dysenterie observée chez les Africains présentait un caractère épidémique grave. Déclarée à bord de la *Stella*, la maladie reconnaissait un germe qui existait avant l'embarquement des Africains.

L'autopsie démontra des lésions qui annonçaient l'ancienneté du mal: rétrécissement du calibre de l'intestin, épaissement considérable des tuniques, offrant une résistance analogue à celle des cartilages; muqueuse parsemée de larges ulcérations, quelquefois très-profondes et attaquant la tunique musculaire. Dans le gros intestin, on trouva, chez beaucoup de cadavres, des tricocéphales.

Nul n'ignore la tendance à la récurrence de cette maladie; comme pour la fièvre paludéenne, le nombre des entrées est loin de ne représenter que le nombre des malades. Il n'est pas rare, en effet, de voir, dans les hôpitaux de nos colonies, des malades entrant pour la cinquième et même la huitième fois à l'hôpital dans l'espace de quinze à dix-huit mois, et toujours pour la même affection.

Pour la plupart de ces malades, la guérison ne peut être obtenue sur les lieux où règne l'endémie; pour

eux, le rapatriement est une mesure de prudence qu'il faut prendre avant la manifestation des complications rebelles qui mettent le malade dans la cachexie.

Nous ne donnerons pas ici une description méthodique de la dysenterie; les détails dans lesquels nous entrerions ne présenteraient rien de nouveau. Nous extrairons de nos notes quelques observations prises dans notre service, insistant sur un traitement qui nous a donné des succès signalés.

Nous ne passerons pas en revue toutes les médications employées contre la dysenterie. Ici, comme pour quelques autres maladies, la richesse de notre arsenal thérapeutique est un signe de l'impuissance du médecin dans beaucoup de cas. Dans l'état aigu, les antiphlogistiques, la macération brésilienne, le calomel suivant la méthode Amiel, les purgatifs salins, les opiacés, etc., ont eu, tour à tour, leur vogue et leur utilité incontestables.

Dans l'état chronique, on a préconisé les astringents de toute espèce: le nitrate d'argent à haute dose, en pilules et en lavement; la teinture d'iode, la noix vomique, les opiacés, etc., enfin le sous-nitrate de bismuth.

Nous avons essayé, et cela dans les cas les plus divers, toutes ces médications; toutes nous ont donné des succès, mais toutes aussi ont eu des insuccès. Il nous est arrivé de voir dans l'état aigu persister l'hémorragie d'une manière inquiétante. Alors, devant un danger imminent, ce n'était pas à l'action dyna-

mique d'un médicament que nous pouvions demander le salut du malade. Nous avons eu l'idée, dans ces cas, d'essayer l'action topique du sous-acétate de plomb, liquide préconisé en France par des praticiens distingués.

Disons de suite qu'avec des lavements contenant 10 à 15 grammes d'extrait de saturne et répétés plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, nous n'avons pas la prétention de guérir la maladie, surtout la dysenterie spécifique et grave des pays chauds : nous voulions seulement enrayer un symptôme alarmant et menaçant la vie d'une manière immédiate.

Nous avons été assez heureux pour obtenir de cette médication des résultats très-satisfaisants.

Un éminent professeur de cette Faculté nous a très-vivement contesté la possibilité de faire supporter impunément, même par le rectum, 15 grammes d'extrait de saturne, et, dans le cas de tolérance parfaite, l'objection capitale faite à notre assertion est celle-ci : « Vous ne connaissez pas le titre de la solution que vous avez employée. »

A cela, nous répondrons que nous n'avons employé l'extrait de saturne qu'avec une grande réserve d'abord, n'élevant les doses que lorsque l'innocuité de cette administration, dans les cas qui nous occupent, nous a été parfaitement prouvée.

M. le docteur Piedvache, pendant l'épidémie dont il donne la relation (*Gazette médicale*, 1849, page 272), prescrivait trois à quatre lavements par jour, chacun

avec 10 à 15 grammes d'extrait de saturne pour 150 grammes d'eau.

Si l'extrait de saturne employé n'avait pas été préparé suivant la formule du Codex (acétate de plomb 30 grammes, litharge 10 grammes, eau distillée 90), nul doute que la différence de composition n'eût été mentionnée.

L'extrait de saturne que nous prescrivions nous était livré par la pharmacie centrale de la colonie, préparé par des hommes de l'art, et à ce titre nous regardions tout essai, tout contrôle, comme inutiles.

Du reste, cette médication a été adoptée par beaucoup de médecins, qui tous désiraient se conformer à la formule de Codex. Faut-il admettre que, partout, toutes les liqueurs employées étaient suspectes et au-dessous du titre normal?

Nous lisons dans le *Traité de thérapeutique et de matière médicale* de MM. Trousseau et Pidoux (édition de 1858, article PLOMB) :

« M. Barthez est arrivé, dans le traitement des diarrhées aiguës, des dysenteries, à la dose énorme de 30, 40, 100 grammes de sous-acétate de plomb liquide dans un lavement, et cela sans produire d'accidents toxiques. Ces résultats sont aussi confirmés par des expériences récentes de M. Boudin. Le sous-acétate de plomb a été employé par lui en lavement sur plus de 550 à 600 malades atteints de diarrhée, de dysenterie ou de choléra épidémique. Le médicament, dissous dans 100 grammes d'eau distillée, a été donné depuis 10 jusqu'à

60 grammes dans les vingt-quatre heures, en plusieurs quarts de lavements. Non-seulement l'innocuité du sous-acétate de plomb, ainsi manié, a été complète, mais encore les résultats thérapeutiques se sont montrés les plus satisfaisants.

• Encouragé par cette innocuité, M. Boudin a administré le même médicament *pur, c'est-à-dire sans addition aucune, par la bouche*, contre les vomissements persistants de six à huit cholériques, vomissements rebelles à tous les moyens ordinaires. Ici, l'innocuité s'est montrée complète, et, dans plusieurs cas, la cessation des vomissements ne s'est point fait attendre. •

M. Sommé (d'Anvers) n'a-t-il pas préconisé, contre le ptyalisme mercuriel, des collutoires, des gargarismes dans lesquels l'extrait de saturne entrait pour un sixième; et M. Ricord n'a-t-il pas montré que des solutions au même titre, portées et maintenues au contact du col de l'utérus et du vagin, ont rapidement raison des blennorrhagies et des ulcérations blennorrhagiques.

Il nous a été pénible de refuser une rétractation à l'autorité du savant professeur dont l'insistance pressante était un blâme pour notre conduite médicale: c'était un devoir pour nous de justifier notre conduite, basée sur la pratique de plusieurs médecins très-distingués et confirmée par les résultats cliniques que nous avons obtenus dans une maladie aussi grave que la dysenterie hémorrhagique.

Il nous reste maintenant à faire connaître les ré-

sultats d'une médication qui nous a été longtemps familière dans les pays chauds, et dont nous démontrerons, nous l'espérons, l'efficacité.

A M. Monneret, on le sait, revient le mérite d'avoir proclamé le premier l'action efficace et presque sûre du sel de bismuth dans les diarrhées de nature inflammatoire avec selles nombreuses muco-sanguinolentes, dans la diarrhée prémonitoire du choléra, enfin dans les diarrhées chroniques. Il était important de savoir si la dysenterie endémique des pays chauds cédaient au sous-nitrate de bismuth comme la dysenterie sporadique des climats tempérés.

Nous ignorons si les médecins de nos colonies ont répondu à l'appel fait par M. Monneret ; aucun travail n'a été publié, que nous le sachions, sur ce sujet ; nous avons en vain parcouru la bibliographie des thèses et des journaux.

Avant notre départ de France (1857), nous connaissions le mémoire publié par M. Monneret, mais nous n'avions pu constater par nous-même l'efficacité du sous-nitrate de bismuth. Nous dirons plus : des essais faits à Saint-Mandrier, où étaient réunis plus de huit cents malades de l'armée d'Orient, nous avaient paru peu encourageants. Plus tard nous avons réfléchi sur les conditions fâcheuses présentées par les malades soumis à ce traitement. Le sous-nitrate de bismuth, en effet, n'a été employé que dans la petite salle où étaient relégués douze à quatorze malades atteints de la pourriture d'hôpital. La plupart de ces malades

étaient atteints de dysenterie chronique datant de plusieurs mois; mais ces vastes plaies suppurantes, gangrenées, ces pertes énormes du tégument cutané avec décollement profond, n'entretenaient-elles pas un mal contre lequel le bismuth devait avoir peu d'efficacité. Nous avons pensé depuis que, chez tous ces malheureux voués à une mort certaine, le bismuth en topique, sur les plaies envahies par la pourriture, aurait mieux trouvé son emploi.

Nous avons eu du bismuth une opinion plus favorable après avoir été témoin des effets produits sur un malade provenant de Cayenne, et laissé à la Guadeloupe par le bâtiment-hôpital *la Seine*.

Ce malade, dont le billet d'évacuation portait : dysenterie chronique, était arrivé au dernier degré d'une phthisie laryngo-pulmonaire. Le marasme était extrême, les selles involontaires, fétides. La propreté du lit était impossible, tant le moindre mouvement était pénible pour le malade. Nous eûmes alors l'idée de nous adresser au sous-nitrate de bismuth, non pour lui demander une action curative, mais pour désinfecter les selles et les rendre moins fréquentes, si c'était possible. Le malade le prenait avec difficulté, la déglutition étant gênée depuis quelques jours. Ne pouvant mélanger le bismuth aux aliments, on en faisait une bouillie claire que le malade prenait à doses très-fractionnées, conditions désavantageuses comme nous avons pu nous en assurer depuis. Au bout de quatre jours, c'était comme une résurrection qui trompait

tout le monde, excepté le médecin. L'existence fut prolongée de quelques jours, les selles devinrent plus rares, l'œil reprenait un peu d'éclat, l'alimentation supprimée devint possible, le malade supportait très-bien les biscuits fins, des œufs mollets.

A l'autopsie, l'état des poumons ne pouvait laisser aucun doute sur la réalité du diagnostic que nous avions porté.

Un fait qui nous frappa par-dessus tout, et que nous fîmes constater par MM. les chirurgiens qui assistaient à l'autopsie, ce fut la cicatrisation bien évidente et récente de quatre ulcérations de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, à la fin du colon et au commencement du rectum ; d'autres ulcérations étaient en voie de réparation.

L'ulcération étant un élément essentiel, caractéristique de la dysenterie des pays chauds, élément grave et mettant la vie en danger, nous avons pensé alors que le sous-nitrate de bismuth pourrait avoir la propriété de favoriser la cicatrisation de ces ulcérations et prévenir ainsi leurs terribles conséquences. S'il ne devait pas guérir, pourrait-il du moins permettre de conserver les malades jusqu'aux époques à peu près périodiques de rapatriement. Nous regardions cette ressource offerte par le médicament comme bien précieuse ; plus tard, nous avons pu lui demander une action curative.

Nous répéterons volontiers, avec M. Monneret, que le plus cruel ennemi du sous-nitrate de bismuth est le

pharmacien : lui seul l'empêche de devenir un remède populaire, par le prix élevé auquel il le vend. Le prix courant aux Antilles était de 50 à 60 fr. le kilogr., et cette quantité est souvent nécessaire pour le traitement d'un seul malade.

Après les expériences de M. Monneret, il est inutile de parler de l'innocuité du sous-nitrate de bismuth. Nous croyons aux faits signalés par M. Serre d'Ax, en 1858 : quatre fois, le sous-nitrate de bismuth, à la dose de 3 grammes, avait déterminé des accidents : troubles de l'estomac, vomissements, coliques, lipothymies. Ces accidents ne pouvaient être dus qu'à la combinaison du sel de bismuth avec l'arsenic, ou à son acidité, car le nitrate acide de bismuth est toxique. Ces accidents sont bien rares ; ils seront même inconnus à l'avenir, car, l'emploi du sous-nitrate de bismuth se vulgarisant, les fabricants le livreront pur aux pharmaciens, dont le devoir, du reste, est d'essayer tout produit qu'ils reçoivent.

A l'exemple de M. Monneret, nous avons souvent employé le bismuth à la dose de 60, et même 70 et 80 grammes par jour. Nous doutons donc que les toxicologues puissent maintenir de nos jours les accusations effrayantes formulées contre lui. Cette prévention était telle, en 1847, malgré les premiers essais de M. Monneret, que MM. Trousseau et Pidoux, pour ne pas être taxés de trop de hardiesse dans l'emploi de ce médicament, s'expriment ainsi : « Lorsque le sous-nitrate de bismuth est préparé avec du métal

parfaitement pur, précipité et bien lavé, il peut être donné en une seule fois, à la dose de 1, 2, 3 et même 4 grammes, sans faire éprouver le plus léger malaise. » Et plus loin : « Il faut que les praticiens ne gardent pas cette singulière crainte qu'ils avaient du sous-nitrate de bismuth, et qu'ils osent le donner à la dose de 1 à 2 grammes par jour, sans crainte de voir survenir des vomissements et de la diarrhée. »

Pendant que ces praticiens écrivaient ces lignes, M. Monneret prouvait, par des faits nombreux, qu'on pouvait impunément tripler, quadrupler même les doses maxima de MM. Trousseau et Pidoux, et cela cinq à six fois par jour ; M. Monneret montrait, en outre, qu'à ces doses élevées, seulement, l'action anti-diarrhéique est assurée.

Depuis les expériences si décisives de M. Monneret, des médecins civils, quelques médecins militaires, ont publié le résultat de leurs observations, qui viennent confirmer les faits qu'il avait annoncés.

Un des premiers nous l'avons employé contre la dysenterie des pays chauds, et nous serions heureux si ce travail pouvait avoir quelque utilité pratique pour nos collègues qui exercent dans ces pays. Nous rappellerons que nous n'avons aucun fait sans observation à l'appui. Dans nos comptes rendus trimestriels, nous avons rapporté beaucoup d'observations, nous ne donnerons ici que les cas les plus graves ; disons seulement que notre conviction est faite à cet égard, puisqu'elle est basée sur plus de deux cents observations.

Nous avons employé souvent le sous-nitrate de bismuth chez la population civile; mais dans ce pays, plus que partout ailleurs, nous pensons que le médecin doit garder une grande réserve avant de produire des observations prises dans la clientèle civile. Le malade de cette catégorie, en effet, est soumis aux influences les plus contraires, influences qu'il est quelquefois bien difficile au médecin de surmonter. Nous devons dire cependant que, bien souvent, il nous a donné des succès signalés dans les diarrhées catarrhales des enfants.

Mais, dans notre appréciation, négligeant ces faits, nous nous sommes appuyé seulement sur les observations prises dans le service des hôpitaux. Là, seulement, le malade est soustrait aux influences étrangères à l'art; là, le médecin possède un contrôle complet, et, grâce à l'intelligente et inexorable ponctualité des sœurs hospitalières, voit ses prescriptions religieusement exécutées.

Dans le service des dysentériques qui nous fut confié pendant le deuxième semestre 1862, à l'hôpital de la Basse-Terre, nous essayâmes pour la première fois le sous-nitrate de bismuth. Notre confiance n'était pas excessive, il faut le dire; mais, devant le résultat si incertain obtenu par les médications usuelles, nous nous sommes cru autorisé à employer un médicament dont l'innocuité nous était au moins prouvée.

Dans quelques cas désespérés encore présents à la mémoire de nos collègues, l'action du sous-nitrate de bismuth fut rapide, salutaire. Quelques-unes de ces

observations ont été rapportées par M. le médecin en chef dans son rapport de 1860. Nous avons été timide dès le début, mais cette timidité n'était que trop favorisée par la pénurie d'approvisionnements de la pharmacie de l'entreprise. Nous avons été souvent arrêté dans l'administration du médicament; aussi n'avons nous pu dès le début en étendre le bénéfice qu'à un petit nombre de malades.

En 1861, à l'hôpital militaire des Saintes, nous avons pu avoir un approvisionnement plus considérable.

Nous avons traité vingt-quatre malades par le sous-nitrate de bismuth; sur ce nombre, nous n'avons eu que quatre succès. C'est surtout dans la dysenterie chronique à forme hépatique que nous avons constaté le peu d'efficacité du sous-nitraté de bismuth.

Nous ne connaissons pas de médicament qui donne cette proportion de succès. Nous ferons remarquer, en outre, que le service des dysentériques de l'hôpital de la Basse-Terre et de la Pointe-à-Pitre n'évacue sur les Saintes que les malades qui ont résisté aux médications usuelles ou arrivés à plusieurs récidives. Le sous-nitrate de bismuth peut donc être regardé comme ayant été employé dans des conditions peu favorables.

Notre pratique personnelle infirme plusieurs conclusions du mémoire publié par M. Lusanna sur le sous-nitrate de bismuth.

1° Nous admettons avec M. Lusanna que le sous-nitrate de bismuth ne détermine aucune espèce d'irritation intestinale.

2° « Il ne suspend pas, dit l'auteur que nous venons de citer, la diarrhée tuberculeuse ou mésentérique. » Nous avons prouvé que son action, sans être curative dans ces cas, est précieuse comme modératrice de cette sécrétion excessive qui augmente le marasme des tuberculeux.

3° « Les selles, dit M. Lusanna, tout en conservant le caractère diarrhéique, perdent toujours un peu de leur liquidité, par suite de leur mélange avec la poudre médicamenteuse. »

Contrairement à cette opinion, nous avons vu le plus souvent le sous-nitrate de bismuth solidifier les selles en peu de temps, et amener même une constipation des plus opiniâtres quand son usage a été longtemps prolongé. Ce changement dans les selles tient-il, comme l'annonce M. Lusanna, au mélange de la poudre médicamenteuse avec les selles? Nous admettons l'efficacité de ce mélange; mais, pour nous, les changements que subissent les selles tiennent surtout à la modification favorable que le sel de bismuth imprime à la sécrétion intestinale.

C'est comme modérateur de cette sécrétion que des médecins ont employé ce sel avec succès dans la diarrhée prémonitoire du choléra et dans le choléra infantile caractérisé par des pertes séreuses excessives.

Quoi qu'il en soit, que ce sel agisse comme protecteur des muqueuses enflammées et des ulcérations rebelles, ou bien que son action soit plus intime, dynamique, le flux séreux est rapidement tari, l'ulcé-

ration est cicatrisée, et la nutrition est bientôt possible.

Nous ne discuterons pas ici, avec M. Lusanna, la question d'assimilation de ce sel, ni des conditions dans lesquelles cette assimilation peut se faire. Plusieurs de ses propositions nous paraissent contestables, mais leur examen critique nous entraînerait trop loin et nous ferait dépasser les limites d'un travail déjà trop long.

Nous avons été étonné en voyant exprimée de la manière suivante la huitième conclusion du travail de M. Lusanna :

« Quant aux effets du bismuth, ils sont colliquatifs et scorbutiques; la face prend un aspect plombé, les yeux perdent leur éclat, s'entourent d'un cercle livide palpébral; la respiration devient fétide, les gencives se gonflent, deviennent fongueuses et fournissent une sanie sanglante; de temps en temps même, il peut y avoir des hémorrhagies assez abondantes, soit par les fosses nasales, soit par la muqueuse bronchique, soit par l'intestin. Tout porte à croire, par conséquent, que ce sel possède une action dissolvante de l'élément globulaire du sang analogue à celle dont jouissent les chlorures de potassium, de sodium et d'ammonium; autrement dit, c'est un des agents auxquels on a donné le nom de fluidifiants. » Nous combattons de toutes nos forces cette conclusion de M. Lusanna. L'hôpital de la Basse-Terre nous envoyait régulièrement tous les mois plusieurs malades atteints de dysenterie chronique :

Chez tous ces hommes, l'anémie était prononcée, profonde, la nutrition languissante; le malade, vivant de sa propre substance, arrivait rapidement au marasme. En cinq à six jours, nous avons porté chez ces malades la dose de bismuth à 60 et 70 grammes par jour; cette dose était continuée plusieurs jours, suivant la gravité des cas; le malade pouvait prendre de 1,200 à 1,500 grammes de sel de bismuth en deux ou trois semaines. Eh bien! ces malades, qui ne pouvaient supporter un œuf mollet, arrivaient souvent, vers la fin de la deuxième semaine, à manger la demiration; la physionomie reprenait un peu d'éclat, l'émaciation disparaissait à vue d'œil, les digestions étaient faciles, et, à la fin de la troisième semaine, nous pouvions administrer les toniques, les ferrugineux, la noix vomique. C'est dire que nous n'avons jamais observé les symptômes alarmants dont parle M. Lussanna.

Deux fois, dans des cas les plus graves, nous avons eu une rechute, alors que nous croyions les malades sauvés... Les selles étaient redevenues sanguinolentes comme dès le début, avec sensibilité exagérée de l'abdomen. Dans ces deux cas, au lieu de recourir à l'usage du calomel à haute dose, de la macération brésilienne, médications puissantes pour tarir l'exsudation sanglante de l'intestin, nous n'avons pas hésité à reprendre l'usage du sel de bismuth à haute dose. En quelques jours, les accidents qui nous avaient effrayé avaient disparu. Nous avons, du reste, dans ces deux cas,

des raisons fondées pour attribuer la rechute à des écarts graves de régime.

Nous ne pouvons admettre cette action dissolvante du bismuth sur l'élément globulaire du sang, comme l'affirme M. Lusanna, puisque pour nous le bismuth, dans tous les cas, a été l'auxiliaire d'une restauration prompte, en permettant l'alimentation du malade et la réparation des ulcères.

Nous ne croyons pas que, dans ses expériences, le savant physiologiste toscan ait dépassé les doses qui nous sont familières, qui nous ont permis de guérir plusieurs malades et d'arrêter, chez presque tous, les effets d'une sécrétion exagérée, d'un dépérissement rapide, suite de la lésion organique, profonde, de la muqueuse intestinale.

Beaucoup de ces malades nous sont arrivés dans cet état grave qui, prolongé quelques jours, menace sérieusement la vie...

Alors l'atteinte est si profonde que, malgré la disparition des symptômes principaux, il reste une atonie du tube digestif, laquelle peut être considérée comme prédisposant à des rechutes graves. Dans tous ces cas, malgré la guérison de la maladie primitive, nous nous sommes fait un devoir de soumettre ces hommes à l'examen du conseil de santé, et de demander pour eux des congés de convalescence.

Nous admettons, et nous avons des observations à l'appui, que le sous-nitrate de bismuth guérit par lui-même la dysenterie grave des pays chauds. Le malade,

une fois guéri, peut encore prolonger impunément son séjour dans les colonies. Nous parlons ici des malades dont la position sociale aisée permet l'observance des lois de l'hygiène et un régime particulier..... toutes conditions que n'a pas le soldat, qui, au sortir des hôpitaux où il reçoit une nourriture appropriée à son état, retrouve la nourriture assez grossière de l'ordinaire et les fatigues du métier. Ajoutons à cela les excès alcooliques, contre lesquels son éducation ne sait pas toujours le garantir. Le tafia, en effet, comme le dit M. Dutrouleau, peut rarement être regardé comme cause d'une première atteinte; mais son action n'est pas douteuse sur les rechutes et les récidives.

L'extrait gommeux d'opium a été, dans quelques cas, l'auxiliaire de la médication par le bismuth; nous disons l'auxiliaire, parce que par le bismuth seul nous avons obtenu des guérisons aussi promptes et aussi durables, et que l'opium seul a pu enrayer les symptômes inflammatoires, mais n'a pas donné plus de succès complets que les astringents, les altérants, les substitutifs.

Beaucoup de malades que nous recevions prenaient, du reste, des opiacés depuis plusieurs semaines, et cela sans amélioration sensible.

C'est surtout dans les cas où la prostration était extrême, dans ceux où des selles mucoso-purulentes et une sensibilité exagérée du ventre pouvaient nous faire supposer un travail ulcératif considérable et craindre une perforation, que l'opium, à la dose de

20 à 30 centigrammes par jour, nous a donné, nous le croyons, quelques bons résultats. Dans les cas moins alarmants, le bismuth seul a constitué tout le traitement. Quand les selles étaient moulées, nous réduisions beaucoup les doses, et nous ne suspendions l'usage du médicament qu'après être arrivé à la dose primitive. Nous remplaçons souvent l'opium par les gouttes noires anglaises, dont l'action émousse moins la tonicité de l'estomac ; nous prescrivions aussi tantôt la poudre de columbo, le diascordium ; tantôt la noix vomique, les ferrugineux ; tantôt, enfin, le quinquina seul ou uni à l'opium. A la suite de nos observations, nous mentionnerons d'autres cas où le bismuth a pu être employé avec efficacité.

CHAPITRE IV

Un mot sur l'étiologie et le traitement de la colique sèche

Les coliques sèches, quoique appartenant aux pays chauds, sont relativement rares à la Guadeloupe. La statistique des hôpitaux de la colonie fournit, il est vrai, 95 cas en quatre ans, et semblerait infirmer l'opinion que nous émettons. Mais cette opinion sera fondée si l'on pense que 68 cas se sont présentés à la Pointe-à-Pitre, et, sur ce nombre, plus des trois quarts sur des marins depuis peu sur rade, et apportant

la maladie ou les germes de la maladie de la côte d'Afrique. Ce n'est pas que nous n'admettions la possibilité de l'apparition spontanée de la colique sèche à la Pointe-à-Pitre. Nous sommes, au contraire, assez porté à regarder la colique sèche comme reconnaissant une origine miasmatique, tellurique, palustre même. Le miasme palustre peut, à lui seul, ne pas occasionner le développement de l'affection; peut-être même prend-elle plutôt naissance sous l'influence du miasme producteur de la dysenterie, de l'hépatite. Cette opinion n'aura rien d'irrationnel si l'on veut regarder la colique sèche comme une névralgie spécifique localisée dans les organes de la vie végétative. Comme toutes les névralgies, cette névralgie peut reconnaître plusieurs causes, seulement ces causes sont spécifiques.

La météorologie spéciale de certaines latitudes de la côte occidentale d'Afrique favorise plus que celle des Antilles le développement de cette maladie; aussi rien d'étonnant que des hommes ayant subi déjà une première atteinte dans les climats où l'affection est réellement endémique, ou ayant acquis une prédisposition fâcheuse, ne voient survenir la maladie que plusieurs semaines ou même plusieurs mois après leur départ, surtout si le déplacement s'est fait dans les mêmes latitudes et dans des pays à miasmes palustres. Ne peut-on pas, en outre, trouver à bord des bâtiments des causes génératrices de la maladie, en faisant toujours la part des prédispositions acquises.

• Les émanations infectieuses, dit M. Fonssagrives,

qui se dégagent d'un marais naturel ou artificiel, celles qu'exhale une cale fétide où croupit, sous l'action d'une forte température, un mélange d'eau douce et d'eau salée, sont les conditions essentielles de la production de la colique sèche. »

Dans aucun des cas observés à la Pointe-à-Pitre, M. le médecin en chef Poupeau n'a pu constater une origine saturnine. Un de ces cas a été suivi de mort chez un capitaine au long cours, très-gravement malade à son arrivée à la Pointe-à-Pitre.

Nous avons observé, suivi la plupart des cas qui se sont déclarés à la Basse-Terre, aux Saintes, à Saint-Martin; nous avons dirigé le traitement de plusieurs de ces malades.

En 1853, lors d'un voyage au Sénégal, nous avons vu, à l'hôpital de Saint-Louis et de Gorée, plusieurs hommes atteints de coliques sèches. Nous ramenâmes en France plusieurs convalescents; mais il ne nous avait pas été donné de suivre régulièrement ces malades dès le début.

Nous ne savons pas si un long séjour sur la côte d'Afrique, si une longue navigation modifieraient notre opinion; mais, d'après les cas observés par nous aux Antilles, d'après les descriptions faites par plusieurs de nos collègues, nous restons convaincu que la colique sèche, dans la majorité des cas, ne saurait reconnaître une origine saturnine.

Nous admettons que le sel de plomb, véritable toxique, puisse perturber l'innervation à l'égal d'un

miasme, d'un virus, et le grand mérite de M. le directeur Lefebvre est d'avoir éveillé l'attention des médecins de la marine et de l'administration sur la fréquence de l'intoxication saturnine, méconnue à bord ou regardée comme d'origine miasmatique. Mais, nous le répétons, la colique végétale n'en reste pas moins pour nous une entité morbide indépendante de la colique de plomb, quoique présentant avec elle de nombreux rapports de parenté symptomatologique.

Le premier malade observé par nous à la Basse-Terre était un prêtre de la paroisse du Mont-Carmel, qui a présenté trois attaques graves en un mois. Rappelons que ce prêtre avait séjourné plusieurs années à Cayenne, où il avait contracté une cachexie paludéenne très-prononcée.

La première attaque fut traitée en ville par une large application de sangsues. Cette médication antiphlogistique affaiblit davantage le malade. Apporté à l'hôpital à la troisième attaque, le malheureux patient était dans un abattement tel, qu'il pouvait à peine articuler les plaintes arrachées par la souffrance. La détente n'eut lieu qu'au bout de trois jours. Le malade put partir pour France; il est revenu un an après, dans un état très-satisfaisant.

Tous les malades que l'on peut regarder comme ayant contracté la maladie à la Guadeloupe étaient atteints, avant l'attaque, de cachexie paludéenne ou d'anémie profonde.

A quelques jours d'intervalle, nous avons vu un

autre prêtre, curé d'une paroisse à miasmes palustres, et le pharmacien en chef de la colonie, être atteints très-gravement et inspirer de sérieuses inquiétudes. Tous les deux étaient cachectiques, présentaient des accès de fièvre irréguliers et tenaces.

A Saint-Martin, île dont la salubrité est parfaite, où la fièvre jaune seule a sévi à des époques très-éloignées, où l'on n'observe que quelques affections des voies respiratoires, nous avons observé deux cas de coliques sèches, nettement caractérisés, sur deux hommes arrivés depuis peu dans la dépendance et provenant d'un détachement qui venait de séjourner une année à la Pointe-à-Pitre. Ces deux hommes portaient le cachet irrécusable de la cachexie paludéenne: chez l'un d'eux, l'atteinte fut grave, profonde; il y eut récédive et, de plus, manifestation de névralgie généralisée évidemment d'origine palustre.

Aux Saintes, l'endémie palustre n'est pas très-fréquente, mais elle peut s'y déclarer, nous l'avons dit, et s'y manifester avec assez de gravité, par suite de bouleversement de terrain. Nous avons déjà mentionné le cas présenté par un garde du génie, dont la névralgie tenace et rebelle ne reconnaissait pas d'autres causes que les émanations telluriques.

La maladie, ici, présenta un véritable caractère de perniciosité avec intermittence périodique: en un mois, trois attaques terribles; le malade rentra aux Saintes, après une convalescence passée au camp Jacob, quand il fut pris d'une quatrième attaque encore plus vio-

lente. Cet officier se rétablit à grand'peine et fut obligé d'aller passer plusieurs mois en France.

A la Basse-Terre, nous avons vu un cas suivi de mort chez un matelot du *Vautour*, ouvrier chauffeur, arrivé depuis huit mois dans la colonie. Rien dans l'interrogatoire du malade, dans les renseignements pris à bord, rien n'a pu faire découvrir une intoxication saturnine. Lanchet buvait, comme le reste de l'équipage, de l'eau des caisses, et le tube du charnier est en bois; pas de liséré aux gencives. Il est prouvé, du reste, que ce liséré, quand il existe, n'est pas toujours caractéristique de l'intoxication saturnine.

Après quelques semaines de séjour au camp Jacob, le malade se livrait à de tels écarts de régime, qu'il fut de nouveau évacué sur l'hôpital de la Basse-Terre. L'anémie était profonde, le teint pâle, terreux, l'émaciation extrême; bientôt survint la paralysie des extenseurs des deux avant-bras. L'affaiblissement était progressif; il y avait somnolence continuelle, subdéli-rium; le malade s'éteignit, présentant depuis quelques jours seulement un liséré bleuâtre des gencives.

Tous les organes étaient décolorés, la rate volumineuse, le cœur atrophié, le liquide céphalo-rachidien très-abondant; le cadavre était dans un commencement de décomposition quelques heures après la mort. L'analyse du foie, des intestins, faite par M. le pharmacien en chef Girardias, ne donna pas la moindre trace de plomb.

Toutes les observations faites à la Guadeloupe nous

ont rappelé les conclusions de Thévenot, ainsi énoncées dans ses rapports : « La colique nerveuse est une suite ordinaire des fièvres rebelles qui exaltent la sensibilité et rendent plus impressionnable aux variations du climat ; la paralysie incomplète des membres supérieurs en est la suite habituelle. »

Dans un second rapport : « La maladie, encore mal déterminée, qu'on appelle colique sèche, est rarement primitive ; elle remplace souvent les rechutes de fièvre intermittente et alterne avec la dysenterie. Par elle-même, elle n'est pas une maladie grave, bien qu'elle soit excessivement douloureuse ; mais elle a des suites fâcheuses : elle entraîne après elle la paralysie. »

Nous avons vu des médecins et des pharmaciens très-éclairés vouloir ramener à l'intoxication saturnine tous les cas de coliques sèches observés aux Antilles et probablement dans tous les climats. Pour eux, pas n'était besoin de faire une véritable enquête médicale pour remonter à la source du mal. Le terrible poison n'était-il pas toujours menaçant et toujours prêt à s'introduire dans l'organisme, fabriqué par l'air, entraîné et dissous par l'eau ?

Tantôt c'est un toit en zinc qui a fourni quelques parcelles du métal transformé en carbonate ; tantôt c'est le couvercle en zinc ou en plomb qui protège et recouvre les jarres à eau qui s'est incrusté du sel plombique ; tantôt, enfin, c'est le vernis détaché de la jarre qui a causé l'empoisonnement. N'est-on pas allé jusqu'à avancer que pour ce motif, dans la colonie, les habi-

tants, les chimistes probablement, préféraient les vieilles jarres aux jarres neuves. Cette révélation nous a surpris, mais nous a peu convaincu. Ce fait serait plaisant, s'il ne montrait avec quelle facilité des esprits sérieux se laissent quelquefois entraîner par des conceptions imaginaires, dans une science où l'homme ne doit marcher qu'éclairé à chaque pas par le flambeau de l'observation.

Dans les divers cas de coliques sèches dont nous avons dirigé le traitement, nous avons employé l'extrait de belladone, à doses progressivement croissantes et jusqu'à un léger effet toxique; les purgatifs, soit l'huile de ricin, soit l'huile de croton tiglium.

Deux fois nous avons prescrit l'extrait alcoolique de semences de colchique, à l'exemple de M. le médecin en chef Saint-Pair; malheureusement, ce purgatif est infidèle dans les pays chauds. C'est une préparation douteuse, dont l'action est difficile à calculer; sans cela, mieux que tout autre purgatif, il serait de nature à opérer la détente.

Seulement il ne faut pas que le médecin se préoccupe à l'excès de cette constipation rebelle, qui n'a par elle-même aucun danger, et qui reconnaît pour cause, soit la paralysie des intestins, soit l'éréthisme nerveux de ces organes.

L'élément le plus terrible de l'attaque est la douleur, qui épuise le malade par perte d'influx nerveux. Le médecin doit lutter contre elle; en soustrayant le malade à son influence, la détente arrive à son terme

naturel sans trop d'ébranlement pour le malheureux qui conserve encore quelque force pour réagir contre l'intoxication.

Les bains, la belladone, remplissent incomplètement ce but. L'anesthésie par le chloroforme a son danger et ne peut être longtemps maintenue. Nous avons eu l'idée, en 1859, d'appliquer au traitement de cette douleur la médication employée par M. Aran, à l'hôpital Saint-Antoine, contre la douleur de la colique saturnine. Nous avons administré le chloroforme en potion et en lavements alternativement répétés plusieurs fois par jour, poussant la dose jusqu'à 200 et même 300 gouttes par jour; nous appliquions en même temps sur le ventre une compresse imbibée de chloroforme étendu d'eau froide. Par ce moyen, nous avons calmé instantanément des douleurs atroces, intolérables. Le calme durait une heure ou deux. En calculant l'administration du chloroforme, nous avons pu arriver à maintenir plusieurs jours sans danger l'organisme sous l'empire de l'anesthésique. Le spasme vaincu, les selles se rétablissaient et le malade pouvait entrer en convalescence après avoir évité une partie des tortures de cette horrible névralgie.

L'attaque passée, une indication pressante, primant toutes les autres, doit être remplie par le médecin : tonifier le malade, refaire cet organisme abattu, restituer au sang ses globules, sa composition normale.

Le médicament ne sera rien pour cela sans le régime et le déplacement dans les régions tempérées.

Nous l'avons vu, si le malade reste dans les lieux où a été contractée l'affection, surtout si l'anémie devient de plus en plus prononcée, la récurrence est fatale; une deuxième, une troisième attaque peuvent être mortelles. Le médecin n'aura pas à hésiter : son devoir le plus impérieux, en pareil cas, est de demander le rapatriement du malade, et cela dans le plus bref délai.

CHAPITRE V

Épidémie d'angine diphthérique à la Guadeloupe. — Quelques considérations sur les tristes résultats de la doctrine physiologique dans les pays chauds.

Pendant le deuxième semestre de 1860 et le commencement de 1861, a régné à la Basse-Terre et dans les communes environnantes une épidémie grave d'angine diphthérique.

Cette affection est tellement rare à la Guadeloupe, que beaucoup de médecins ne l'y avaient jamais observée. Il fallait remonter à plus de trente années pour trouver des cas de mort, suite de cette terrible maladie. Mais il n'en est pas moins vrai qu'on a une raison de plus pour ne pas regarder cette maladie comme appartenant seulement à l'Europe, si l'on se rappelle surtout l'origine égyptique et syriaque du mal, si l'on pense qu'à la fin du dernier siècle, après les ravages qu'il fit en Espagne, en France, le fléau

s'abattit sur l'Amérique, où il enleva le libérateur des Etats-Unis.

Comment la diphthérie s'est-elle développée à la Guadeloupe? Nous n'avons ici aucun fait qui puisse nous démontrer une importation, quoique, à notre avis, l'épidémie reconnaisse cette cause. En admettant le développement spontané des premiers cas, les faits que nous citerons prouveront la multiplication du mal par inoculation et non par émanation volatile, invisible. Nous avons traité l'épidémie dans les hôpitaux, dans la ville, à la campagne, et nous restons convaincu que la transmission de la maladie se fait par une véritable inoculation, par le contact de la sécrétion diphthérique, à l'état liquide ou pulvérulent, avec une muqueuse ou avec la plaie dénudée de son épiderme. Les faits qui nous montrent, en une saison, le mal paraître et disparaître, ne doivent pas nous étonner, car nous savons combien la marche du mal est quelquefois insidieuse et lente à se manifester, échappant ainsi à une observation superficielle et sans sévérité.

Rappelons à l'appui de cette opinion le triste et mémorable exemple fourni par la famille de l'Empereur de 1809 à 1815. C'est d'abord la reine Hortense, qui est atteinte d'une diphthérie gingivale qui passe presque inaperçue ou du moins sans traitement sérieux; plus tard, son premier né succombe au croup; enfin, aux jours néfastes de l'invasion, l'impératrice Joséphine elle-même est emportée en quelques jours dans un accès de suffocation croupale consécutive à une di-

phthérie pharyngienne, et cela sans qu'aucune tentative ait été faite pour arrêter l'atroce maladie.

Les deux premiers cas observés à la Guadeloupe furent isolés ; l'un se présenta au mois de mai et n'attira que médiocrement l'attention, vu son peu de gravité. En effet, au bout de quelques jours, les fausses membranes, qui n'avaient recouvert que les amygdales, disparaissaient sans médication énergique. La résolution était complète, sans retentissement sur l'état général. Le deuxième cas, observé en juillet, n'eut pas plus de gravité que le premier.

Au mois d'août, se montra au camp Jacob le premier cas suivi de mort. Dès le début, les symptômes se présentèrent avec une haut caractère de gravité : engorgement considérable des ganglions cervicaux, tuméfaction des tissus environnants, voile membraneux dur, très-adhérent, recouvrant toute la région pharyngienne. Dès le second jour, la respiration devient anxieuse, le mal gagne rapidement les voies respiratoires ; le malade succombe à l'asphyxie le quatrième jour. L'autopsie montra le larynx, la trachée et les premières divisions bronchiques, doublés de fausses membranes.

A la fin du mois d'août, le sergent Letellier entre à l'hôpital et succombe aussi le quatrième jour, dans la période asphyxique.

Le cinquième malade, gravement atteint, a fini par guérir, après les complications les plus fâcheuses. Après avoir échappé à l'asphyxie, alors que les fausses mem-

branes s'étaient complètement détachées ou plutôt usées de proche en proche, le malade présenta des symptômes d'intoxication alarmants : syncopes fréquentes, affaiblissement graduel du système musculaire, inappétence complète survenue brusquement, paralysie progressive du voile du palais, du pharynx et de l'œsophage. Malgré la répugnance presque insurmontable du malade, on essaye de le nourrir avec des aliments demi liquides introduits au moyen de la sonde œsophagienne. La paralysie envahissait les membres inférieurs... après quelques semaines, se produisit une amélioration vite entravée par une diarrhée rebelle qui ajoutait à la faiblesse du malade. Trois mois après le début de la maladie, persistait encore la paralysie des fléchisseurs des membres thoraciques et abdominaux ; la voix était nasonnée ; mais les aliments pouvaient, quoique avec difficulté, être absorbés sans l'aide de la sonde œsophagienne. La convalescence fut lente et souvent troublée par le retour de la diarrhée.

Dans le courant du mois de septembre, six autres cas se présentèrent au camp Jacob ; deux furent suivis de mort. Nous nous proposons d'aller étudier l'épidémie sur les lieux, quand elle se montra à la Basse-Terre, où elle devait sévir avec une grande intensité ; au camp Jacob, elle avait fait cependant plusieurs victimes, en dehors du détachement.

L'épidémie du camp a cessé vers la fin de la première quinzaine du mois de novembre, alors qu'une grande partie des troupes avait repris ses quartiers à la Basse-Terre.

25 malades avaient été admis à l'hôpital; 5 avaient succombé : 4 à la forme asphyxique, 1 seul à l'intoxication, à la forme maligne, sans occlusion des voies laryngiennes. Le mal datait de deux jours quand le malade réclama des soins : la respiration était pénible, à cause du gonflement du cou et de la dépression profonde de l'innervation, par suite de l'intoxication; mais l'autopsie a montré les voies respiratoires libres, sans fausses membranes, sans phlogose, sans boursofflement de la muqueuse.

Dès le début de l'épidémie, il y eut quelque incertitude pour le traitement. La cautérisation au nitrate d'argent avait paru donner de bons effets; mais elle fut reconnue insuffisante et remplacée par l'acide chlorhydrique presque pur; les vomitifs, l'ipéca surtout, dont l'action sur l'organisme est moins dépressive que celle de l'émétique, furent employés, mais avec modération. Le chlorate de potasse était employé en gargarismes seulement. On pratiquait en même temps des insufflations d'alun.

La saignée générale n'a pas été employée, et nous ne savons pas jusqu'à quel point les applications de sangsues ont eu de l'utilité. Nous pensons qu'en pareil cas leur effet est peu marqué; que, en outre, elles ont l'inconvénient de favoriser la suppuration et surtout de déprimer les forces dans une maladie septique, quelle que soit sa forme. De plus, la diphthérie de piqure est à craindre; nous ne la voyons pas notée dans les observations, mais cet accident peut avoir

son importance. Nous n'admettons pas, en effet, avec les partisans du vésicatoire, que cet agent de révulsion puisse modérer l'exsudation pseudo-membraneuse en l'attirant au dehors.

L'extension des plaques membraneuses est, pour nous, l'extension du mal, la multiplication du poison, l'agrandissement des voies d'introduction dans l'organisme; aussi doit-on combattre cet accident par les moyens les plus énergiques. En lisant les traités *expresso*, les observations des grands maîtres, on se convaincra que les localisations diverses de la diphthérie, qu'elles soient provoquées ou spontanées, sont toujours graves.

Le premier cas se déclara à la Basse-Terre, le 19 septembre; il eut une terminaison heureuse, mais les symptômes démontrèrent cependant une tendance maligne des plus prononcées : plaques diphthéritiques envahissant une plaie du pied, décoloration des tissus, faiblesse extrême des membres inférieurs, refroidissements fréquents et subits, paralysie du voile du palais, qui ne permettait au malade d'avaler que couché.

Les cas se multiplient vers la fin du mois de novembre, après l'évacuation des troupes du camp sur la Basse-Terre et les mutations opérées dans les divers détachements des dépendances.

Comme au camp Jacob, 25 cas ont été observés à l'hôpital de la Basse-Terre; sur ce nombre, 4 morts : 2 par asphyxie, 2 par empoisonnement diphthérique.

M. le médecin en chef, qui avait dirigé le traitement de l'épidémie du camp Jacob, le modifia sensiblement, dès le début de l'épidémie à la Basse-Terre. Les émissions sanguines locales furent abandonnées; les insufflations d'alun, considérées comme très-efficaces, furent répétées plusieurs fois par jour sur chaque malade. Les chirurgiens de service et les sœurs hospitalières les opéraient avec soin. Outre leur action topique et dynamique, elles provoquaient des efforts d'expuition souvent favorables et moins débilitants que ceux qui sont produits par les émétiques. Pour éviter les dangers d'une transmission du virus par inoculation sur les muqueuses, on se servait pour ces insufflations de tubes adaptés à un petit soufflet qui fonctionnait avec précision. C'est probablement pour ne pas avoir toujours pris ces précautions qu'une sœur hospitalière, mon excellent ami le docteur Charles Senelle et nous-même, avons été atteints de diphthérie pendant cette épidémie.

Les frictions avec l'onguent mercuriel double furent généralement employées, et nous leur attribuons un effet réel contre l'engorgement ganglionnaire du cou, surtout si elles sont pratiquées dès le début. Nous avons parlé de l'acide chlorhydrique. Ce fut le seul caustique employé à la Basse-Terre, à l'hôpital du moins; c'était un mélange d'acide pur avec une partie ou moitié seulement de miel. La cautérisation était des plus douloureuses, toujours redoutée par le malade. Nous l'avons subie plusieurs fois nous-même, et nous

avons compris alors les appréhensions des malades. Cette douleur persistait longtemps après l'opération et s'irradiait de la manière la plus pénible jusqu'au conduit auditif externe.

Dès le début, le malade était soumis à une alimentation tonique : bouillon, vin rouge généreux et glacé, fragments de glace souvent renouvelés dans la bouche. Un certain appareil inflammatoire ne nous paraissait pas contre-indiquer l'usage des toniques, bien convaincu que, dans une inflammation toute spécifique, l'intoxication dominait toutes les manifestations extérieures.

Nous venons de parler de l'usage de la glace. Nous ne connaissons pas alors les prétentions de M. le docteur de Grand-Boulogne, affirmant qu'avec la glace seule l'angine couenneuse est une *maladie facile à guérir et, par suite, des plus bénignes*.

Il n'est pas impossible que la glace, employée dès le début, ait raison d'une maladie purement inflammatoire et toute locale; mais avons-nous besoin de démontrer que la diphthérie, si localisée qu'elle puisse paraître, est une maladie générale et grave par l'intoxication spécifique qu'elle entraîne.

Nous admettons volontiers que la glace, employée dès le début de la diphthérie, ait pour action, en diminuant l'afflux de sang et en resserrant les tissus, de rendre moins rapide et moins abondante la sécrétion des pseudo-membranes, et d'empêcher ainsi quelquefois l'asphyxie de se produire; mais de là à guérir tous les cas de diphthérie, il y a loin.

Dans les cas malheureusement trop nombreux où le malade succombe à l'empoisonnement avec les voies respiratoires libres, la glace ne sera-t-elle pas impuisante?

Nous voudrions croire à l'héroïque efficacité du moyen préconisé par M. de Grand-Boulogne, mais l'expérience nous a appris son insuffisance.

Dans une épidémie de diphthérie, employez la glace; son action n'est pas à dédaigner: ne servirait-elle qu'à émousser la sensibilité du pharynx et des piliers après la cautérisation avec l'acide chlorhydrique, qu'à faire supporter le vin pur et généreux, qui, à la température de 25° à 30° centig., offense cette sensibilité exagérée, elle serait encore entre les mains d'un médecin expérimenté un précieux auxiliaire. Employez la glace, mais n'endormez pas les populations dans un fatale illusion devant la terrible maladie; car on n'a pas trouvé le spécifique de la diphthérie, pas plus que celui du choléra, de la fièvre jaune, du cancer, etc. Si ces spécifiques, ces moyens infaillibles sont découverts un jour par les efforts persévérants de la science ou par l'empirisme, quel sera le médecin assez systématique pour fermer les yeux devant la vérité?

De l'hôpital, la maladie se répandit dans la ville et dans les communes environnantes; quelques cas même se sont présentés aux Saintes, à la Pointe-à-Pitre, après les mutations opérées dans les divers détachements. A la Pointe-à-Pitre, sur 6 cas, 2 morts.

A la Guadeloupe proprement dite, Basse-Terre et

communes voisines, l'épidémie fut très-meurtrière, surtout sur les enfants.

Au Vieux-Fort, commune assez éloignée de la Basse-Terre, et sans médecin résidant, la diphthérie a fait de grands ravages, parce que la gravité du mal n'était pas soupçonnée dès le début. Nous fûmes appelé un jour dans une famille de cette commune, pour voir un jeune garçon très-robuste, âgé de douze ans, subissant depuis plusieurs jours les étreintes du fléau. La respiration était difficile, la tuméfaction du cou énorme; la diphthérie était nasale, pharyngienne, laryngienne, trachéale. A deux pas du malade, nous entendions le sinistre ronchus produit par les soupapes pseudo-membraneuses. L'enfant se promenait agité dans sa chambre et essayait même de lire. Ici, pas la moindre ressource: une opération était inutile, nous nous bornâmes à une médication rationnelle, mais impuissante.

Nous eûmes l'idée de visiter la gorge des autres membres de la famille. Le père, la mère et deux enfants, présentaient tous des plaques sur les amygdales, et rien ne les avait avertis des atteintes du mal. Nous procédâmes à une cautérisation énergique, donnant des instructions précises pour que cette opération fût répétée, conseillant le déplacement, le transport à la Basse-Terre, en cas d'aggravation de la maladie. Nous fûmes assez heureux pour les sauver; quant à l'enfant de douze ans, nous apprîmes qu'il avait succombé quelques heures après notre départ.

Le surlendemain, nous étions appelé à donner des soins à un enfant de trois ans, cousin de celui que nous avions vu mourant au Vieux-Fort. Par précaution, l'enfant avait été apporté à la Basse-Terre, et des soins avaient été aussitôt réclamés par sa famille effrayée.

Les symptômes furent des plus graves: tuméfaction considérable du cou, pseudo-membranes envahissant les fosses nasales, la partie antérieure de l'isthme, la luette, le bord de l'épiglotte et de la glotte; tendance au refroidissement; pouls faible, précipité (145).

Notre médication fut énergique; l'enfant, très-docile, grâce aux supplications de sa famille, se prêtait avec résignation à une torture qui nous effrayait, malgré sa nécessité. Dès le début, le vin de Bordeaux était administré à la dose de 400 grammes par jour, malgré le jeune âge de notre malade. Un jour, nous reçûmes quelques débris de fausse membrane dans notre bouche entr'ouverte. Le soir même, la diphthérie nous attaquait. Notre excellent ami Ch. Senelle voulut bien continuer le traitement, et, malgré des accidents graves: adynamie profonde, suppuration des ganglions du cou, eut le bonheur de sauver son jeune malade.

Cette suppuration était quelquefois très-abondante; des abcès multiples se montraient souvent à la convalescence et fatiguaient beaucoup les malades. Nous avons parlé des accidents de paralysie. Ces accidents n'ont jamais occasionné la mort, quelquefois même ont eu peu de durée et peu de gravité, mais d'autres

fois ont persisté plusieurs mois, dénotant une intoxication grave et contribuant par eux-mêmes à aggraver l'état du malade, en enrayant la nutrition et empêchant le déplacement. Deux fois nous avons observé une aphonie complète, dont les toniques, la noix vomique et le temps eurent raison. A la noix vomique et à l'électricité, mon ami le D^r Ch. Senelle a dû un cas remarquable de guérison de paralysie généralisée avec anémie profonde, dyspepsie rebelle.

Cette paralysie, signalée d'abord par M. Menjaud dans un Mémoire remarquable, mais que M. Gubler ne regarde pas comme propre à la diphthérie, fut observée assez souvent pendant l'épidémie de la Basse-Terre. Elle s'est produite sur nous-même, après une récurrence au mois de mars 1861. Nous disons récurrence, parce que, atteint pour la première fois au mois de décembre 1860, nous n'avons gardé de cette atteinte qu'une faiblesse générale, une gastralgie rebelle, une sensibilité exagérée du voile et du pharynx, qui nous rendait très-pénible l'injection des liquides d'une température un peu élevée, la mastication et la déglutition des solides douloureuses; il faut ajouter à cela une tendance continuelle au refroidissement. Nos forces renaissaient quand, tout à coup, après une course prolongée au soleil, les fausses membranes se formèrent de nouveau. Nous insistons sur ce fait; il a été observé chez un de nos collègues, chez plusieurs de nos malades. Il prouve une insuffisance d'observation de la part des médecins qui ont avancé que, parmi les inflam-

mations spécifiques, la diphthérite ne se montre jamais plus d'une fois sur le même individu.

A la suite de cette deuxième atteinte, nous avons éprouvé un nasonnement qui a persisté plusieurs semaines, avec difficulté de déglutition des liquides qui nous obligeait de boire la tête un peu renversée; nous avons éprouvé, en outre, et bien plus longtemps, des fourmillements dans les membres. En écrivant, notre main était souvent sujette à des mouvements saccadés, faisant quitter à la plume la ligne droite et donnant aux lettres les formes les plus bizarres.

L'angine diphthéritique laisse après elle, indépendamment de la faiblesse, suite de l'intoxication, une prédisposition fâcheuse à la chronicité des affections de l'isthme du gosier et du pharynx. Depuis notre première atteinte, la moindre variation subite de température, la moindre fatigue de la voix ou du corps, provoquent une rougeur violacée du pharynx et des piliers, avec gêne de la déglutition et douleur à la pression extérieure du cou.

N'oublions pas de mentionner de nombreux cas d'angine simple; pendant l'épidémie, quarante malades ont été admis à l'hôpital pour cette affection; cette mesure de prudence était dictée par le développement souvent si insidieux de la diphthérite.

Mais ce qu'il y a de plus intéressant à noter, c'est une véritable épidémie de fièvres continues, qui s'est montrée à la Basse-Terre et sur le littoral, avant la manifestation des cas graves de diphthérite. Ces fièvres

étaient caractérisées par un état saburral très-prononcé de la langue, des vomissements incessants; dès le début, fièvre intense, chaleur vive à la peau, soit ardente, courbature générale, douleur contusive dans les membres, pression des muscles très-pénible, agitation chez beaucoup de malades, allant chez quelques-uns jusqu'aux spasmes, mouvements involontaires, troubles de l'intelligence.

Cette fièvre, à forme gastrique, a frappé indistinctement Européens et créoles, la race nègre comme la race blanche; mais nous n'avons pas eu à déplorer un seul cas de mort sur cinquante-deux entrées à l'hôpital. Les bains prolongés, les purgatifs salins, les boissons glacées, les affusions froides, quelques sangsues aux apophyses mastoïdes, ont constitué tout le traitement.

Cette fièvre, qui ferait croire à la première période de la fièvre jaune, a eu cela de particulier qu'elle ne s'est pas montrée dans les hauteurs de l'île.

Y a-t-il quelques relations entre l'apparition de ces fièvres et l'éclosion de la diphthérie? La constitution météorologique de la saison nous donne-t-elle l'explication de ces manifestations morbides si diverses par leur gravité?

Les orages, les calmes, ont rendu la chaleur accablante vers la fin de septembre et dans le mois d'octobre; mais la météorologie de cette saison a-t-elle différé sensiblement de celle des saisons correspondantes des années précédentes? Non; aussi dirons-nous avec M. le

médecin en chef Saint-Pair : « En chimie, il suffit d'une légère différence dans la proportion des parties constituantes d'un corps pour changer la nature de celui-ci ; en physique, une variation à peine sensible dans l'un des éléments météorologiques suffirait-elle pour donner aux milieux ambiants des propriétés délétères qui ne seraient révélées que par l'organisme? » (Rapport trimestriel 1860.)

En prenant les renseignements fournis par les médecins, il serait difficile de faire une statistique approximative de la mortalité causée par l'angine diphthérique à la Guadeloupe. Beaucoup de victimes sont mortes en peu de jours sans soins, la famille ne se doutant de l'imminence du péril qu'au moment de l'asphyxie ; d'autres s'éteignaient lentement, succombant à la forme maligne méconnue.

La médication émolliente, très en faveur parmi les nègres, comme panacée de toutes les maladies, qui se résument pour eux dans l'inflammation, a été combinée par quelques médecins de la manière la plus fâcheuse à la médication antiphlogistique. Nous ne voulons attaquer aucune conviction ; mais, nous le demandons, une pareille médication est-elle rationnelle, est-elle fondée sur l'expérience, sur l'observation des faits?

La doctrine physiologique a fait relativement beaucoup plus de mal aux colonies qu'en France. Les médecins élevés dans cette doctrine lui ont été trop fidèles. Méconnaissant la spécificité de la plupart des maladies.

endémiques, ils n'ont vu que phlegmasie, qu'irritation dans les divers symptômes, même dans les troubles nerveux, ataxiques, produits par l'absorption des miasmes et des virus. Ils ont oublié, comme leur fougueux maître, l'axiome : *Sanguis moderator nervorum*.

Un de nos premiers maîtres, feu M. le directeur Lauvergne, nous représentait souvent le sang présidant à l'innervation, comme le cocher tenant les rênes et dirigeant un attelage. Un guide emporté dépassera le but; mais, s'il est faible et débile, il n'aura pas l'énergie nécessaire pour modérer son attelage.

Assurément que par un excès de stimulus le sang peut produire des désordres; mais où est, nous le demandons, l'excès de stimulus, l'élément inflammatoire, dans la maladie qui nous occupe; où, dans le noma par exemple, trouvera-t-on l'indication d'une médication émolliente et antiphlogistique, comme nous en avons vu un triste exemple? Abstraction faite de l'affection diphthéritique, dont personne ne contestera la spécificité, vous verrez cette spécificité jouer un grand rôle dans un grand nombre de maladies des pays intertropicaux.

Dans certaines formes de pneumonie, si l'on s'en tient à l'examen superficiel, non raisonné, des symptômes, on pourrait être porté à recourir principalement aux émissions sanguines. Trompé sur des apparences, le médecin croira à l'utilité d'une ou plusieurs saignées... mais l'expérience l'aura bientôt détrompé et instruit du danger de la saignée en pareille circonstance.

On s'applaudit d'abord du calme qui succède à tout cet appareil inflammatoire après la saignée, on se promet d'y recourir de nouveau, au besoin; mais ce calme trompeur fait place en peu d'instants à une prostration extrême, à un véritable collapsus, que vous n'observerez pas dans les zones tempérées et dans la pneumonie ordinaire, après la plus large application des saignées coup sur coup... C'est que, dans le premier cas, existe un élément spécifique pernicieux que le médecin aura méconnu et qui constitue toute la gravité de la maladie.

Ce que nous disons de la pneumonie, nous le dirons de toutes les formes pernicieuses qui se présentent avec un certain appareil inflammatoire.

Dans tous ces cas, d'abord le spécifique, et cela sans retard. Les sangsues en très-petit nombre, les ventouses scarifiées, les purgatifs, sont utiles pour détourner le mouvement fluxionnaire qui menace l'organe; mais, qu'on ne l'oublie pas, la saignée spoliative sera toujours un danger livrant le malade aux troubles nerveux les plus redoutables, et aura, en outre, fait perdre un temps précieux pour le traitement spécifique.

Cet élément spécifique, l'agent toxique que le sang a porté au contact du système nerveux, l'attaquerez-vous par la saignée, se trouve-t-il sous la lancette exclusivement dans le vaisseau que vous aurez ouvert?

Alors que vous saignez, l'intoxication est déjà manifeste, la sidération nerveuse est à craindre. Versez

des flots de sang, rendez le sujet exsangue, il n'en sera pas moins empoisonné, et, de plus, mis dans l'impossibilité de lutter, de réagir pour éliminer l'agent toxique.

Mais laissons de côté les maladies spécifiques. Parlons de l'homme en bonne santé, ou du moins de l'Européen plus ou moins acclimaté, et dont la richesse globulaire sera relativement inférieure à celle qu'il avait dans les pays tempérés. Avec un degré plus prononcé d'appauvrissement du sang, vous n'aurez pas encore la maladie, car le sujet, par un régime approprié, peut lutter, maintenir l'équilibre, tant bien que mal, et vivre plusieurs années avec une santé supportable. Dans cet état, on verra cependant survenir de l'anhélation après la moindre fatigue, des migraines, des vertiges, des obnubilations, des pincements épigastriques.

On attribuera cela au sang et on fera des saignées... Oui, ces divers accidents doivent être attribués au sang, mais au sang appauvri, à la diminution et peut-être à l'altération des globules... Les accidents augmenteront; à une première saignée impuissante, disons plutôt homicide, succéderont une seconde saignée, une troisième, et, en peu de temps, l'anémique arrivera à l'hydrémie, à l'infiltration séreuse.

Que dans l'état d'anémie même peu avancée survienne une maladie, nous ne parlons pas d'une maladie spécifique, mais de celles qu'on est convenu d'appeler inflammatoires, on observera une marche différente de

celle qu'aurait la même maladie en Europe. A l'apparence inflammatoire du début succède rapidement l'état adynamique, ataxique... Dans toutes ces maladies, la saignée sera dangereuse, parce qu'elle augmentera l'adynamie et appellera toutes les complications les plus rebelles; inutile, parce qu'elle n'aura pas avancé d'un jour la détente.

Dans la fièvre inflammatoire dite d'acclimatement, nous avons été souvent étonné de voir combien cet état congestif, qui nous effrayait, cédait facilement à l'usage des purgatifs, des bains, des affusions froides; et, si le génie épidémique survient, si la spécificité se manifeste, cette fièvre inflammatoire deviendra le premier degré de la fièvre jaune... Or, comparez les deux périodes de cette maladie, voyez si le danger est dans la première période, en général si courte, ou dans celle qui lui succède si brusquement, et dans laquelle, avec l'ataxie et l'adynamie, vous constatez ces exsudations sanguines hors des vaisseaux, ces véritables épanchements d'un sang fluide, aqueux.

Nous ne voudrions pas qu'on regardât comme systématique l'opposition que nous faisons à la saignée dans les pays chauds; loin de nous une pareille manière de voir. Nous ne prétendons pas qu'on doive toujours et sans raison proscrire la saignée, qui peut trouver son indication dans quelques circonstances spéciales. Non, mais tout ce que nous avons voulu faire ressortir se résume dans le principe suivant, que nous regardons comme général: l'anémie domine la pathologie des pays chauds.

La doctrine physiologique a, assurément, peu de partisans en France, moins encore dans les colonies, et cependant la saignée fait aux Antilles de nombreuses victimes. Ici nous devons une explication, rejetant loin de nous toute pensée d'allusion et de personnalité.

Quand la doctrine de Broussais dominait toute une génération médicale, subissant le génie du maître avec ses étranges paradoxes, les médecins de nos colonies auraient pu trouver dans la constitution médicale de leur pays des éléments à opposer à cette doctrine. Il y eut probablement, comme en France, des praticiens observateurs judicieux qui, à l'exemple de Bretonneau, osèrent saper la doctrine du maître. Mais aux colonies la vie du médecin est très-occupée et ne lui laisse pas le temps de faire connaître les résultats de sa pratique.

La plupart des médecins se conformaient aux principes de la nouvelle École, et les mémoires qui nous restent disent suffisamment combien leur application fut large. Le médecin qui prescrivait la saignée avait rarement le temps de la pratiquer; les infirmiers sur les habitations, les sages-femmes, les maîtres eux-mêmes, durent apprendre à manier la lancette, et, par ce que nous voyons aujourd'hui, il nous est permis de croire qu'ils ne restaient jamais au-dessous de la prescription médicale.

Les idées médicales ont changé heureusement, mais l'habileté du phlébotomiste est la même; nous disons plus, il a fait de son métier une tradition pour ses

enfants. — Avec l'abolition de l'esclavage, l'affranchi a été libre de régler sa médication, et il use aussi intempestivement que possible de cette liberté. Grand amateur des purgatifs, des émoullients et de tout ce qui peut augmenter la misère de son organisme, le nègre a soin d'ajouter à sa médication habituelle la saignée, à la moindre indisposition. Le plus souvent il s'adresse au phlébotomiste complaisant; mais quelquefois aussi, sans malice, va trouver le médecin, non pour lui demander un conseil, mais pour réclamer une large saignée, comme s'il commandait une fourniture. — J'ai parlé de la classe ignorante, traitant la vie avec indifférence, avec incurie; mais cette tendance déplorable se montre aussi dans les plus hauts rangs de la société.

Malheur à l'homme pris d'apoplexie dans la rue, à l'homme dans la période syncopale d'une commotion au moment d'une chute, d'un accident grave, un phlébotomiste se trouvera là et saura, avec les meilleures intentions du monde, rendre réelle une mort qui n'était qu'apparente, à moins que la veine du patient n'ait le bon esprit de rester inerte. — Le maire d'une commune auquel nous donnions des soins pour une tuberculisation commençante, suite de bronchite vigoureusement traitée par la jugulation, avait subi six saignées copieuses en une semaine; à la sixième, le phlébotomiste lui affirmait que son sang n'était pas mauvais.

Le fait serait plaisant, s'il n'y avait là un jeu avec la vie d'un homme... Ce malheureux ne se doutait pas qu'il devait la mort à ce médicastre officieux. Un autre

maire, mais celui-là n'était pas une victime, voulait un jour à tout prix, se trouvant à la Basse-Terre, saigner un malheureux hydropique qu'on portait à l'hospice et qui se trouvait mal dans la rue. L'homme mourait, il ne fallut rien moins que l'intervention de M. le médecin en chef pour empêcher cette étrange opération.

CHAPITRE VI

Aperçu rapide sur la lèpre grecque. — Résultats fournis par l'hydrocotyle asiatique dans le traitement de cette affection.

Nous terminerons ce travail par un rapide aperçu sur deux maladies hideuses, mais non également terribles dans leurs conséquences, et qui sont encore le triste privilège des pays chauds. Nous voulons parler de la lèpre grecque et de l'éléphantiasis des Arabes, affections bien rarement observées dans nos climats tempérés.

La civilisation progressive de notre siècle a pu apporter avec elle le développement plus intense de quelques épidémies, mais nous lui devons le bienfait de ne plus connaître ces grandes épidémies du moyen âge, dont les croisés avaient rapporté le germe en Europe.

L'étude de la lèpre grecque doit intéresser au plus haut point le médecin : pathogénie, anatomie pathologique, thérapeutique prophylactique et curative de cette affection, sont autant de questions dont la solution est loin d'être trouvée. Notre prétention n'est pas, on le conçoit, de traiter d'une manière complète un pareil sujet : nous avons voulu seulement, par un aperçu très-succinct, attirer l'attention des pathologistes sur la fréquence relative de la maladie dans les pays intertropicaux, sur les essais de traitement faits dans le courant des dernières années par des médecins expérimentés, nos maîtres dans la médecine coloniale.

On peut considérer, en général, trois périodes dans le développement de la lèpre grecque : la première comprend l'apparition des macules ou taches, la seconde la formation des tubercules, la troisième l'ulcération de ces tubercules ou des points occupés par les macules, si la tuberculisation a fait défaut.

Au début, macules à aspect fauve rougeâtre chez le blanc, de couleur plus foncée chez le mulâtre et le nègre, coïncidant avec un sentiment de chaleur à la peau, des formications douloureuses, surtout au milieu du jour et durant la nuit. Souvent la peau des pommettes, du nez, des oreilles, devient le siège d'une rubéfaction caractéristique, dont les nuances varient à plusieurs jours d'intervalle.

Les taches présentent presque toujours une insensibilité complète, mais il ne faudrait pas attacher une importance trop exclusive à ce signe diagnostique.

L'hyperesthésie a été constatée quelquefois, surtout quand la maladie doit parcourir rapidement ses périodes.

Les taches, surtout celles qui sont caractérisées par l'insensibilité, peuvent rester longtemps stationnaires. Nous avons vu, sur un jeune garçon de neuf ans, la maladie débiter par une large tache à la jambe. Soumis plusieurs fois à notre examen durant quinze mois, nous avons pu constater chez cet enfant que la coloration anormale et l'insensibilité s'étaient à peine étendues de quelques millimètres en cet espace de temps. C'est un cas à marche lente. L'état général paraît assez satisfaisant, malgré une constitution scrofuleuse; mais, pour nous, ce malheureux subira fatalement l'évolution du mal dont il porte le germe indélébile.

Les tubercules peuvent survenir d'emblée là où aucune macule n'avait été constatée; mais le plus souvent ils succèdent à ces dernières, sans les recouvrir entièrement.

Le point occupé par la macule se boursoufle, s'œdématie, et le noyau tuberculeux apparaît. Ces tubercules se montrent surtout sur les régions riches en capillaires sanguins: le nez, les joues, le front, les oreilles. Dès le début, on ne peut guère constater cette forme globuleuse, saillante, qui les caractérisera plus tard. Le toucher ferait croire à une papule sous-épidermique, papule qui devient bientôt bosselée, saillante, inégale. Ce développement sur la face est quelquefois considérable et donne un aspect hideux au

malheureux lépreux. La face, tuméfiée, largement dilatée, prend un aspect léonin effrayant. Sur le blanc, les taches sont quelquefois rouges et les tubercules gardent cette nuance; de là, le nom de lèpre rouge donné à cette variété.

Le tubercule est toujours facilement isolable du tissu cellulaire sous-cutané; c'est un tubercule dermique, et la maladie n'est pas ici localisée dans le tissu sous-dermique, comme dans l'éléphantiasis des Arabes. Nous avons parlé de la face comme siège habituel des tubercules. C'est là, en effet, ce qui frappe le plus à l'aspect d'un de ces malheureux; mais le tubercule envahit toutes les parties du corps: les jambes, le scrotum, le cou, etc. Ils sont rares à la main, aux pieds; mais ces dernières parties n'en sont pas moins le siège de phénomènes caractéristiques. Il y a d'abord tuméfaction, la marche est pénible, et bientôt s'annoncent des altérations qui doivent attaquer les doigts et les orteils.

Quand les manifestations cutanées sont complètes, commencent à apparaître les signes de la cachexie éléphantiaque: chute des poils, des cheveux, qui blanchissent et deviennent cassants; si la maladie attaque un enfant, le développement du système pileux est peu prononcé: les poils sont rares au pubis comme à la tête; il existe des lacunes où ils manquent complètement. Les symptômes généraux sont la diminution de l'énergie musculaire, la lassitude spontanée.

Comme pour le cancer, l'ulcération est une phase

fatale de la maladie, si le malade n'est pas emporté avant par une complication, une maladie intermittente, comme cela arrive fréquemment chez les lèpreux.

On voit bientôt au sommet ou à la base du tubercule, ou même aux environs, la peau rougir, se crevasser, le tubercule se ramollir et l'ulcère donner issue à une sanie sanguinolente. Cette suppuration a de nombreux temps de repos ; mais la cicatrisation est toujours trompeuse, s'il faut appeler cicatrisation la croûte mince qui recouvre le fond de l'ulcère. Bientôt une recrudescence de suppuration creuse l'ulcère et l'étend en superficie.

C'est alors que surviennent les phénomènes les plus graves de la terrible cachexie, les troubles fonctionnels les plus divers. Le premier retentissement a lieu sur les muqueuses, et, parmi elles, les muqueuses du nez, du pharynx, du larynx, semblent avoir le privilège de ces manifestations. Sur la luette, les piliers, on peut voir de petits tubercules comme des grains de blé, et le laryngoscope en montrerait très-probablement sur les cordes vocales et à la partie postérieure de l'épiglotte.

La voix devient rauque, nasillarde ; la respiration plus ou moins gênée, suivant l'épaississement ou le degré de tuberculisation de la muqueuse laryngienne.

L'ulcération succède à ces tubercules, et ses progrès sont rapides, désastreux. Un écoulement sanieux et fétide occupe toute la muqueuse des fosses nasales, envahit les sinus ; bientôt survient la carie des carti-

lagés, des cornets, des sinus même. Le malheureux éprouve alors les douleurs atroces, lancinantes du cancer, et devient un objet d'horreur pour tous ceux qui l'entourent, même pour les infortunés atteints comme lui, mais moins frappés que lui.

Nous avons toujours présent devant les yeux un malheureux qui portait ces accidents au plus haut degré. C'était un Capre, malade depuis 1854. En 1860, lors de notre première mission à l'hospice de la Désirade, nous avons pu constater une lèpre tuberculeuse. Plusieurs phalanges s'étaient détachées, les articulations des doigts qui restaient et des poignets étaient ankylosées; il y avait, en outre, atrophie musculaire de l'avant-bras droit. La maladie avait une marche lente, était même stationnaire depuis deux ans, quand, à notre deuxième visite à la léproserie, nous pûmes assister à une terrible recrudescence, bien plus fatale que la poussée des phthisiques. Depuis quelques mois, le malade accusait de l'insomnie, une faiblesse extrême, des palpitations violentes; il y avait véritable exophthalmos... Tout d'un coup, la région orbitaire gauche devient le siège d'une douleur violente, la vue se trouble de ce côté; le nez s'ulcère par plaques isolées, un coryza douloureux occupe toute la muqueuse; la carie attaque les os du nez, qui s'affaissent; les sinus frontaux, dont les parois étaient manifestement ramollies. Les désordres s'étendent au larynx; la respiration devient difficile, anxieuse, la déglutition pénible, la parole peu distincte. Ce malheureux appelait la mort comme un terme à ses souffrances.

C'est surtout sur le système locomoteur que les altérations sont manifestes. Nous avons parlé de la carie des os de la face; ceux du tronc et des membres n'en sont pas exempts. Les articulations, principalement celles des mains et des pieds, deviennent le siège de gonflement; l'ulcération est rapide. Les phalanges peuvent se détacher sans maladie de l'os, par la seule destruction des ligaments et cartilages; mais le plus souvent la partie spongieuse de l'os est affectée de carie, et celle-ci porte consécutivement ses ravages sur l'articulation elle-même. La terminaison varie sur un même membre; tous les doigts, tous les orteils peuvent être affectés en même temps; plusieurs phalanges peuvent se détacher, d'autres, au contraire, s'ankyloser indéfiniment ou temporairement jusqu'à un nouveau travail destructeur.

Les troubles fonctionnels augmentent à mesure que les manifestations morbides dont nous venons de parler font des progrès. De tous les sens, un seul reste intact; du moins, les observations ne nous ont rien appris sur les troubles de l'ouïe.

La vision s'affaiblit toujours: l'amblyopie asthénique est le moindre degré de cet affaiblissement. L'odorat, on le comprend, doit être altéré, avec les complications fâcheuses que nous avons mentionnées du côté de la muqueuse et du squelette des fosses nasales. Il en est de même du goût; les troubles de la sécrétion salivaire, les lésions de l'arrière-bouche, des compressions nerveuses probables, doivent produire des

altérations graves, sinon une abolition à peu près complète de ce sens. Quant au toucher, il est facile de comprendre les altérations qu'il peut subir, si l'on se rappelle que, indépendamment des manifestations cutanées diverses, les instruments spéciaux de ce sens peuvent, totalement ou en partie, être emportés par le mal.

La perversion ou la perte du goût a un retentissement général immédiat. L'appétit devient capricieux, bizarre, souvent se perd complètement; les digestions sont pénibles, laborieuses; les malades accusent des crampes douloureuses, des pincements d'estomac produits probablement par l'abstinence volontaire qu'ils s'imposent.

Les fonctions respiratoires sont troublées, soit à cause d'obstacles mécaniques au larynx, soit à cause de la dépression profonde subie par l'influx nerveux. Cette suffocation fréquente rend pénible et souvent interrompu le sommeil de ces malheureux. Il est à noter, du reste, que le lépreux est sujet aux phlegmasies du poumon et du larynx, et souvent c'est une complication de ce genre qui vient mettre un terme à ses souffrances.

Qu'il y ait ou non lésion des os, la locomotion reçoit une profonde atteinte. Vers la dernière phase de son existence, le lépreux se traîne péniblement et finit par garder la position horizontale, tant la moindre marche est fatigante.

La terminaison de la maladie, jusqu'ici, a été pres-

que toujours la mort. Mais celle-ci survient dans un temps plus ou moins rapproché du début. Il est difficile de préciser : l'âge, le régime, la position de fortune, le nombre des complications, surtout les complications accidentelles trop communes, sont autant de circonstances qui peuvent influencer sur la terminaison plus ou moins rapide de la maladie. Les cas d'évolution rapide et tuant le malade en moins de deux ans sont rares ; c'est dire que nous n'admettons pas ces lèpres foudroyantes, qui n'existent que dans l'imagination et la crédulité du vulgaire.

Si le malade est frappé avant l'âge de la puberté, la terminaison funeste aura presque toujours lieu bien avant l'âge de vingt ans. Au contraire, dans quelques cas, si la maladie a débuté après la puberté, on peut voir, après la chute de plusieurs phalanges, se former des cicatrices durables et le mal s'arrêter indéfiniment.

Nous avons observé plusieurs cas de ce genre à la léproserie.

Cécile, mulâtresse, est arrivée à la léproserie en 1823, a perdu successivement, en quelques années, toutes les phalanges des doigts et des orteils ; d'un côté même, au membre supérieur, il y a destruction du métacarpe. Le poignet forme un moignon, comme à la suite d'une amputation régulière. Au pied gauche, même lésion : le tarse seul forme la base de sustentation. En tous ces points, la peau est blanche, luisante, complètement décolorée. Il n'y a pas de gonflement, pas de douleur des extrémités osseuses, pas d'ulcères

sur le reste du corps. Sur quelques points seulement, on sent, en pinçant la peau, de petits grains durs, mais non douloureux. La peau des jambes est rugueuse et couverte d'écailles polygonales. Chez cette femme, il y a état stationnaire depuis plus de trente ans. Les fonctions s'accomplissent bien; la malade est gaie, assez ingambe malgré ses mutilations, et peut rendre d'assez bons services à l'établissement.

Nous pourrions citer plusieurs faits semblables; nous avons observé 11 femmes et 4 hommes chez lesquels la maladie a affecté cette marche lente et longtemps stationnaire. Tous sont à l'hospice depuis vingt à trente-sept ans.

Assurément, cette période, ce temps d'arrêt dans les manifestations morbides, peut être considéré comme une demi-guérison, comme une rétrocession de la cachexie. Ces faits, à notre avis, doivent être pris en sérieuse considération, lorsqu'il s'agit de se prononcer sur la curabilité ou l'incurabilité de cette maladie, et sur l'opportunité de faire des essais de traitement.

Que dire de l'étiologie de la lèpre tuberculeuse?

Cette maladie, nous l'avons dit, est particulière aux pays chauds; dans nos climats, on peut la regarder comme importée ou acquise héréditairement. Pouvons-nous donc préciser les causes qui favorisent le développement de la lèpre? Les opinions des médecins à ce sujet concordent plus ou moins, mais tous mentionnent l'alimentation insuffisante ou mauvaise, l'abus des sa-

laisons, du porc frais surtout, grand régal pour le créole; l'usage du poisson un peu fermenté, des épices, des piments, la passion alcoolique, les excès vénériens, l'habitation des lieux humides, les variations atmosphériques brusques, les grandes émotions, la frayeur, enfin toutes les causes débilitantes et déprimantes pour l'organisme. Nous avons aussi noté chez quelques malades de la léproserie, comme signe commémoratif, la rétention des lochies après l'accouchement, avec hydropisie consécutive. Avec une ou plusieurs de ces causes, le développement de la lèpre ne sera pas fatal; mais on conçoit leur puissance déterminante si l'on admet pour beaucoup de ces malheureux une prédisposition individuelle, qui n'en existe pas moins quoique nous ne puissions la préciser.

Vient enfin la question de contagion : nous déclarons hautement que nous ne connaissons pas un fait qui parle en faveur de la contagion. Ce fait, irrécusable pour nous, n'a pas besoin d'être proclamé pour stimuler le zèle et le dévouement de nos collègues dans la médecine coloniale, l'abnégation de nos religieuses prodiguant à ces malheureux des soins, des consolations, et remplaçant pour eux la famille absente; mais il serait bon que la population de nos colonies ne vit plus en ces infortunés un objet d'épouvante et de réprobation, qu'on ne peut regarder en face sans s'exposer aux atteintes du mal.

Que si l'on nous demande si nous récusons la contagion par inoculation, nous répondrons que nous ne

connaissions pas un Desgenettes ayant expérimenté sur lui-même l'effet de l'ichor des lépreux. Mais ce n'est pas ainsi, nous le supposons, que les partisans de la contagion admettent la contagion. Nous pourrions peut-être dire de la contagion de la lèpre ce que Deidier disait de la peste devant la Faculté de Montpellier, après l'épouvantable épidémie qui a immortalisé son nom :

« J'entends par ce contact immédiat et de durée que je donne pour seul véhicule de la contagion de la peste, de humer trop longtemps et de trop près l'haleine brûlante qui sort de la bouche des malades, de s'envelopper de la chemise et de coucher dans les draps d'un pestiféré, de toucher ses propres plaies avec des mains encore empreintes d'une sueur ou d'un sang infecté; mais, pour ce qui est d'approcher simplement les malades, d'en palper les bubons et les charbons, un grand nombre d'expériences nous ont convaincu qu'en tout cela il n'y a point le moindre péril à craindre. »

Venons à la transmission par hérédité : celle-ci n'est pas douteuse; mais ajoutons aussi qu'elle n'est pas fatale, ni constante.

A la léproserie, nous avons pu examiner quelques enfants nés à l'hospice ou amenés du dehors quand ils étaient trop jeunes pour être séparés de leur mère. Eh bien! sur 9 enfants dont le plus âgé avait huit ans, 1 seul nous a présenté la lèpre à son début. Mais ces enfants étaient-ils tous fils de lépreux? Nous nous expliquerons bientôt à ce sujet. Rien ne prouve du reste que

ces petits malheureux, encore exempts du mal, n'en soient pas frappés avant ou après la puberté. Il en est de la lèpre comme de la phthisie. Nous savons que cette dernière maladie n'est pas fatalement héréditaire, comme aussi l'enfant né de tuberculeux peut traverser indemne la jeunesse et ne présenter les atteintes du mal qu'à l'âge adulte, quelquefois même à l'âge viril.

Dans un hospice de lépreux, comme dans les familles, les signes commémoratifs, soit sur les ascendants, soit sur les malades eux-mêmes, sont souvent difficiles à recueillir. D'un côté l'ignorance, d'un autre côté la mauvaise volonté du malade, laissent le médecin dans une grande incertitude. La plupart, malgré les interrogations les plus pressantes, persistent à donner pour cause première à leur maladie, les uns une brûlure, les autres une piqûre, ceux-ci une chute, ceux-là l'usage d'un aliment indigeste. L'évolution de la lèpre étant souvent spontanée, on comprend que le malade lui-même ne puisse fournir aucun renseignement de quelque valeur. Il serait important cependant de faire la part de l'hérédité, car il est manifeste qu'elle est une des causes puissantes de la propagation de mal; l'hérédité maternelle nous paraît être plus terrible que celle provenant du père. Mais le malade nous fera rarement connaître l'état de ses parents; les renseignements obtenus viendront presque toujours de personnes étrangères, ou le médecin les puisera dans le registre de l'établissement, quand le malade aura eu des parents morts à l'hospice.

Quelquefois, plusieurs enfants d'une même famille sont atteints avant la puberté, et cependant les parents jouissaient d'une santé excellente, exempte de toute diathèse. Malheureusement, nous n'avons pu avoir de renseignements sur les grands parents; il est possible que la lèpre, comme la phthisie, le cancer, saute une génération pour atteindre la jeune génération à son enfance.

Plusieurs enfants, avons-nous dit, peuvent être atteints, mais d'autres peuvent aussi être complètement exempts du fléau. Tous cependant n'ont-ils pas puisé dans le sein maternel ce germe latent de la maladie. Ici, comme dans beaucoup d'autres cas, il faut faire la part des prédispositions individuelles et d'une foule de circonstances dont la connaissance intime nous sera toujours inconnue. Nous pourrions ici donner quelques observations curieuses à plus d'un titre, intéressantes surtout au point de vue de l'hérédité. Mais l'exposition exacte des faits, même en taisant le nom des familles, aurait un retentissement que nous voulons éviter. On comprendra notre réserve sur ce point.

La médecine est-elle complètement désarmée devant le terrible fléau? Nous avons dit que le mal peut être quelquefois indéfiniment stationnaire, que les soins médicaux peuvent en retarder l'évolution; mais la question est celle-ci; la lèpre peut-elle être guérie?

Notre prétention n'est pas de passer en revue tous les moyens employés contre la lèpre. L'expérience a prouvé combien on devait ajouter peu de foi à ces

remèdes populaires dont l'effet tiendrait du merveilleux, et dont la valeur devient nulle quand une expérimentation clinique sévère et consciencieuse est appelée à l'apprécier. Il en est de la lèpre comme du cancer, avec lequel cette cachexie a de nombreux rapports. Le spécifique est à trouver, et l'humanité l'attendra probablement trop longtemps.

Deux médicaments attireront spécialement notre attention : nous connaissons cliniquement les effets de l'un, nous ne connaissons l'autre que très-incomplètement, par les revues de médecine. Le premier est l'hydrocotyle, le deuxième est l'assacou.

Les naturels du Para regardent le suc de l'assacou (*hura Brasiliensis*) de la famille des euphorbiacées, comme un remède spécifique contre la lèpre. Les médecins de Santarem, chef-lieu de la comarca du Bas-Amazone, entreprirent, il y a quelques années, des expériences sur plusieurs lépreux. Les malades étaient soumis à l'usage journalier d'une pilule composée de 5 centigrammes de lait d'assacou. Toutes les semaines, on prescrivait une décoction vomitive préparée avec 15 grammes d'écorce d'assacou, pour 500 grammes d'eau, et additionnée de 10 à 20 gouttes de suc de la plante; enfin, tous les deux jours, on administrait un bain préparé avec l'infusion saturée de l'écorce.

Au moment où le docteur Malcher publia ses expériences, aucune guérison radicale n'était constatée, mais chez beaucoup de malades on notait une résolution avancée des tubercules, surtout dans les parties

exposées au regard, une amélioration de l'état général. La publication du docteur Malcher était prématurée; le temps, qui est tout en pareille matière, n'avait pas dit tout ce que pouvait donner ce remède, ni si l'amélioration constatée devait être durable.

L'assacou est un agent toxique, dangereux s'il n'est pas manié avec prudence. Les naturels du Para font de ce suc des breuvages empoisonnés d'un effet sûr et rapide.

L'assacou agit comme vomitif et comme purgatif: en friction sur la peau, il y détermine une rougeur érysipélateuse et une éruption pustuleuse. Sous un certain point de vue, son action se rapproche de celle de l'hydrocotyle, dont nous allons parler.

L'action de ce remède est donc puissante, et les médecins brésiliens fondent sur lui de grandes espérances. Nous ignorons les résultats qu'il a donnés dans ces dernières années, mais il nous semble qu'il y aurait quelque intérêt à expérimenter comparativement l'assacou et l'hydrocotyle, aux Antilles. Contre une maladie aussi rebelle que la lèpre, aucune ressource n'est à négliger, et nous faisons des vœux pour que les instructions ministérielles relatives à l'hydrocotyle s'appliquent à l'assacou, dont l'importation aux Antilles serait facile, si déjà le *hura Brasiliensis* ne s'y trouve point.

L'hydrocotyle asiatique, expérimentée dans l'Inde, est employée aux Antilles depuis quelques années seulement. Nous ne parlerons pas des expériences faites à

l'hospice des lépreux : nous en ignorons complètement le résultat. Nous ne sachons pas qu'un rapport détaillé ait été adressé à ce sujet au conseil de santé de la colonie. Il nous est permis d'admettre, jusqu'à plus amples informations, que ces expériences n'ont pas été faites avec assiduité, bien suivies et bien dirigées.

L'administration supérieure a compris probablement qu'elle ne pouvait être suffisamment éclairée par ces expériences sans contrôle ; aussi, voulant répondre aux demandes de la circulaire ministérielle, elle a chargé un des officiers de santé en chef de la colonie d'instituer des expériences sur des lépreux choisis et susceptibles d'être traités avec quelque résultat. Un dépôt fut établi à la Basse-Terre. Les expériences, dirigées d'abord par M. Walther et ensuite par M. Moufflet, ont duré plusieurs années, et il est permis, nous le croyons, de donner aujourd'hui quelques conclusions. La lèpre n'a pas trouvé son spécifique dans l'hydrocotyle, mais cette plante a une action puissante, puisqu'on peut lui attribuer plusieurs cas de guérison.

Les expériences ont été faites avec la poudre d'hydrocotyle asiatique, envoyée de l'Inde par les soins du département de la marine ; mais il résulte des recherches de notre excellent collègue et ami Cavalier que l'hydrocotyle voisine de l'espèce asiatique est très-commune à la Guadeloupe. Il sera intéressant d'expérimenter ce produit indigène comparativement avec le produit asiatique, et, si les résultats sont identiques, la colonie aurait le remède à côté du mal.

Il résulte du rapport de M. le second médecin en chef Moufflet que, sur 10 malades admis au dépôt, 4 sont sortis guéris après un traitement dont la durée moyenne a été de trois ans ; chez 4 autres malades, il y a eu une amélioration notable, résolution partielle des tubercules. Des deux derniers malades, l'un n'a éprouvé aucun effet du traitement ; l'autre, traité alors que la cachexie était déjà profonde, a succombé après quelques mois.

Les malades guéris étaient dans la force de l'âge mûr, tous présentaient la lèpre tuberculeuse très-caractérisée, très-développée ; chez tous il y a eu résolution complète, générale des tubercules, laissant après eux tantôt un plissement de la peau, tantôt une cicatrice ressemblant assez aux stigmates de la variole. Tous ces malades ont été visités par le conseil de santé à leur sortie du dépôt, et trois d'entre eux sont venus périodiquement tous les mois, pendant plusieurs années, faire constater une guérison qui ne s'est pas démentie.

Ces faits, on le voit, sont fournis par une expérimentation clinique des plus consciencieuses ; des plus sévères. Ils ont leur importance et appellent des faits identiques, mais plus nombreux, pour pouvoir se prononcer d'une manière définitive sur l'action thérapeutique de l'hydrocotyle.

Quelle est l'action thérapeutique de l'hydrocotyle ?

Nous empruntons les conclusions de notre excellent maître et ami M. le médecin en chef Walther : « Administrée à faible dose (de 5 centigrammes à 1 gramme),

la poudre d'hydrocotyle produit, dans un temps assez court, des effets diurétiques, une stimulation générale, puis un prurit assez intense. Chez trois de nos malades, il y a eu une éruption semblable au prurigo. A la dose de 1 à 2 grammes, elle a suscité une fois des vertiges très-marqués, avec céphalalgie, qui ont persisté pendant un mois, malgré la cessation du traitement. Trois fois elle a provoqué une dysenterie véritable.

» L'hydrocotyle peut donc être considérée comme un stimulant énergique, portant principalement son action sur le système cutané; elle doit avoir une utilité dans le traitement d'une maladie comme la lèpre; maladie qui n'est point seulement une affection de la peau, mais une cachexie par excellence, produite par toutes les causes débilitantes de l'organisme. Sous l'influence du médicament, au bout d'un temps plus ou moins long, l'empâtement du tissu cellulaire diminue, les tubercules deviennent d'abord plus saillants, mais s'affaissent bientôt pour disparaître... Les ulcérations se cicatrisent assez promptement; une seule fois les macules se sont effacées, mais ont persisté chez les autres malades.

» Si le traitement est trop tôt interrompu, les phénomènes reparaissent, l'amélioration n'est que momentanée. Mais l'hydrocotyle seule, ou aidée de puissants modificateurs, ne peut-elle amener à la longue la guérison complète, surtout dans les cas où la maladie est d'une date récente, chez les jeunes sujets? »

Faisons remarquer que le bénéfice de ces guérisons

ne peut être attribué qu'à l'hydrocotyle, qui, seule, a été employée dans tout le cours du traitement. En outre, toutes les conditions dans lesquelles se trouvaient les malades étaient des plus fâcheuses, grâce à la parcimonie bien mal entendue de l'administration municipale : habitation délabrée, ouverte à tous les vents, à la pluie ; pénurie complète des objets de première nécessité pour les pansements, nourriture non-seulement très-mauvaise, mais encore insuffisante. Le malheureux lépreux, malgré l'espérance d'une guérison, pouvait avec raison regretter, envier le bien-être relatif dont jouissaient ses compagnons d'infortune à l'établissement de la Désirade.

Cet établissement, en effet, entretenu sur les fonds coloniaux, présente tous les avantages matériels désirables... ; mais donne-t-il quelques résultats ? Nous avons dit notre opinion à ce sujet.

La dépense supportée par la colonie serait bien minime si l'art, venant en aide à la philanthropie, renvoyait guéri, dans le sein de la société, 1 sur 100 de ces malheureux. Connaissant les résultats purement négatifs obtenus à la Désirade, nous n'avons jamais compris l'opportunité d'un établissement où le lépreux est séquestré, mais non traité.

Renvoyez dans leurs communes les malades atteints d'éléphantiasis des Barbades ; vous ne devez ni les craindre, ni les séquestrer ; l'administration elle-même l'a bien compris, comme nous le montrerons tout à l'heure. Disséminez dans les hospices ceux qui sont

atteints d'ulcères incurables, que restera-t-il des 100 malades entretenus à la Désirade, sous le titre de lépreux? 30 à peine. Eh bien ! assurez un résultat consolant à votre œuvre de philanthropie ; établissez dans les environs de la Basse-Terre, sur un point isolé pour respecter le préjugé des masses, établissez un petit hôpital avec cours ombragées, et une certaine étendue de terrain cultivable, le tout, si vous le voulez, entouré de hautes murailles.

Les sœurs hospitalières de la Désirade continueront là leur mission de dévouement et d'abnégation ; un médecin expérimenté dirigera le traitement, sous le contrôle du conseil de santé. Les dépenses seront assurément moins élevées qu'à la Désirade, et, en outre, nous avons la conviction que les résultats seront autrement satisfaisants.

En face d'un mal qui terrifie, *salus populi, suprema lex*, les dépositaires de la santé publique doivent employer toutes les ressources que l'esprit inventif de l'homme peut trouver. Le lépreux ne doit pas être un objet d'horreur, il ne doit inspirer que pitié et dévouement. Ce n'est plus pour nous l'homme touché par le doigt de Dieu, et qu'il serait insensé de guérir, car Dieu, livrant le monde à ses propres investigations, lui a permis de tirer de la matière toutes les sources de bien-être et de progrès. En face d'un fléau, l'homme doit toujours lutter et ne s'avouer jamais vaincu, car de sa lutte sort souvent une précieuse conquête, une glorieuse découverte dont bénéficient les générations futures.

CHAPITRE VII

Éléphantiasis des Arabes. — De l'opportunité de l'amputation. — Opérations diverses

L'éléphantiasis des Arabes (*mal glandulaire des Barbades, grosses jambes*) est une maladie des pays chauds, maladie dégoûtante, localisée au scrotum, aux grandes lèvres, aux membres, principalement aux inférieurs; débutant par fièvre, érysipèle; caractérisée par une dégénérescence de la peau, du tissu cellulaire sous-jacent, et par l'altération du système veineux et lymphatique.

L'étiologie de cette maladie est encore fort obscure. On est obligé de faire jouer un grand rôle à plusieurs causes réunies, en dehors desquelles la maladie ne se déclare pas; mais il est difficile de faire à chacune d'elles leur véritable part d'influence.

Les auteurs qui se sont occupés de cette maladie font remarquer, à juste raison, que la scrofule est très-rare chez les nègres, qui présentent cependant la constitution lymphatique prédisposant à cette maladie. Alors, admettant cette prédisposition et faisant jouer au climat chaud et humide le rôle que joue dans nos climats le froid humide, toujours, bien entendu, dans des conditions hygiéniques fâcheuses, ils explique-

raient la substitution de l'éléphantiasis des Arabes à la scrofule. Ces conditions hygiéniques fâcheuses sont multiples, avons-nous dit. Nous signalerons : l'alimentation insuffisante, l'exposition aux variations brusques de température, le corps couché sur la terre humide, le refroidissement pendant les couches, l'arrêt des menstrues, des lochies, une oblitération veineuse, des ulcères suites de malpropreté ou de blessure. Nous n'admettons pas l'hérédité dans l'acception vraie du mot; nous n'admettons que la transmission du tempérament, c'est-à-dire une prédisposition. Nous n'admettrons pas plus la contagion, opinion née de la peur et de la crédulité des masses. Le pus des grosses jambes inoculé pourra tout au plus produire un ulcère, mais ne reproduira pas la maladie, comme le ferait un virus. Nous n'avons jamais compris la mesure de séquestration prise contre ces malheureux atteints du mal des Barbades. Que la charité publique soigne les indigents qui en sont frappés; qu'au lieu de les laisser en spectacle à la commisération et au dégoût des populations, elle leur offre un asile; c'est là sa mission. Mais qu'elle n'use jamais d'arbitraire, en donnant comme impérieuse une mesure dont nous n'avons jamais compris la nécessité. Disons, du reste, que l'administration de la Guadeloupe a apporté d'heureuses modifications à ses règlements et mis un terme à l'arbitraire des maires des communes, qui, pour se débarrasser de leurs infirmes, envoyaient à la Désirade les nègres atteints d'éléphantiasis des Barbades, les

confondant ainsi avec les lépreux. Aujourd'hui l'éléphantiaque n'est admis dans les hospices que sur sa demande et sur preuve d'indigence.

La maladie débute toujours par angéioleucite, érysipèle avec appareil fébrile intense; il y a tuméfaction du tissu cellulaire sous-cutané; la fièvre tombe, mais la tuméfaction persiste. De nouveaux accès se présentent à des intervalles plus ou moins réguliers, et amènent des altérations plus profondes, un gonflement plus considérable avec induration sensible des tissus. Les accès deviennent rares et la maladie est alors à l'état chronique. Elle progresse vers les parties profondes, mais les modifications morbides qu'a subies la peau ne permettent pas de voir les manifestations érysipélateuses.

Les altérations du côté de la peau donnent à la partie malade un aspect repoussant; la peau est grisâtre, se couvre de verrues, d'écailles, prend un aspect chagriné semblable à celui de la peau de l'éléphant. Entre les verrues et les plis de la peau, on voit bientôt des fissures ulcérées laissant échapper une sanie fétide; dans un temps plus ou moins long, les ganglions se ramollissent, suppurent, la peau s'ulcère en divers points, des abcès isolés se forment dans le tissu cellulaire; ces abcès communiquent bientôt entre eux, disloquent les muscles et arrivent jusqu'aux os. Ces derniers s'enflamment, augmentent de volume, sont bientôt envahis par la carie; mais, ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'en même temps que s'opère le

travail de destruction de l'os on voit de nombreux ostéophytes se développer, donner à l'os les formes les plus bizarres, augmenter considérablement son volume. De cette manière deux os peuvent se souder ensemble, et, quand ils forment un même segment de membre, la membrane interosseuse sert de charpente à la lame osseuse, véritable pont qui unit les deux os. Nous avons vu une pièce pathologique remarquable présentant ce mode d'ossification dans toute la longueur des deux os. C'était un tibia et un péroné appartenant à un éléphantiaque amputé par mon ami et collègue Chanu, à l'hospice de Fort-de-France.

Ces formations sont dures, compactes, ont l'aspect de l'ivoire.

La suppuration peut envahir une articulation qui se fléchit, mais les ligaments, au lieu d'être détruits, peuvent être convertis en tissu osseux et occasionner la soudure de l'article.

La maladie peut rester longtemps stationnaire, les clapiers fistuleux peuvent ne pas s'établir ou guérir, le tissu osseux être exempt de toute altération ; alors se produit une induration du tissu cellulaire qui ressemble à du lard ; cette induration augmente, comprime les muscles, qui s'atrophient ou se convertissent en substance grasseuse. Les veines se rétrécissent, s'oblitérent en partie ; leurs parois épaissies restent béantes à la section.

La marche de la maladie est intermittente dès le début, mais toujours progressive ; les altérations peu-

vent être lentes à se produire, et, une fois produites, être longtemps compatibles, non-seulement avec la vie, mais encore avec un état général assez satisfaisant.

Il n'en est pas toujours ainsi ; souvent les suppurations des ulcères, les lésions osseuses déterminent un affaiblissement considérable, une fièvre hectique qui emporte le malade, si l'art n'intervient pas.

Les médecins de l'Inde vantent beaucoup, contre cette affection, l'usage des purgatifs répétés, l'administration du sulfate de quinine, les frictions iodurées et mercurielles, enfin la compression. Nous ne pouvons nous prononcer sur la valeur de ces traitements, qui donneraient, dès le début, d'excellents résultats.

L'éléphantiasis des Barbades, très-rare sur la race blanche d'origine européenne, rare chez le créole dans l'aisance, ne s'observe pas par conséquent dans nos hôpitaux militaires. Dans les hospices, on a rarement l'occasion de l'observer à l'état aigu. Le médecin n'est jamais appelé dans les familles pour donner des soins ; les familles et le malade cachent le mal avec toutes les précautions possibles, font en secret les remèdes de commerce. Mais bientôt le mal fait des progrès et ne peut plus se cacher.

Nous regrettons de n'avoir pas pris de mesure exacte, mais nous n'exagérons pas en disant que la circonférence de la jambe, au tiers inférieur, avait quadruplé chez un malade que nous avons amputé à la Pointe-à-Pitre. Le pied, véritable pied d'éléphant, bosselé, chagriné, peut, dans ce cas, peser plus de 3 kilogrammes.

L'art doit-il intervenir quand il est prouvé que la suppuration, épuisant le malade, amènera une issue funeste? La réponse n'est pas douteuse pour nous : nous pensons que l'expérience n'a pas donné raison aux prévisions d'Alard, et que les praticiens de nos jours se trouvent bien de suivre une pratique différente de la sienne.

« Quelle que soit son incommodité, dit Alard, on ne doit jamais recourir à l'amputation, comme on a cru pouvoir le faire. Lorsqu'on a voulu, dans des cas désespérés, en venir à cette terrible extrémité, par une bizarrerie à laquelle on était loin de s'attendre, le mal, qui ne paraissait être que local, s'est porté peu de temps après du côté opposé, ou bien, subissant une déviation plus funeste, a été se fixer sur l'un ou l'autre des viscères, où il a produit des accidents qui ont fait périr misérablement le malade. »

Notre pratique personnelle nous fournissait plusieurs exemples pouvant infirmer les prévisions d'Alard; mais nous avons voulu nous éclairer de la pratique de M. le docteur Lherminier père, dont l'opinion fait autorité en pareille matière. A l'hospice Sainte-Camille, les amputations pour cause d'éléphantiasis sont pratiquées par douzaines chaque année; non-seulement les résultats immédiats de ces opérations sont remarquables, car à peine compte-t-on 1 mort sur 8 amputés, mais encore jamais on n'a constaté la tendance à la reproduction du mal sur un autre membre. — En outre, quand l'affection existait sur un autre membre

au moment de l'opération, celle-ci n'a pas eu une influence fâcheuse sur la marche de la maladie. L'opération est donc toujours rationnelle, rationnelle surtout et indiquée quand le malade est jeune et qu'un seul membre est affecté. L'amputation est souvent l'unique salut du malade, qui peut revenir à la santé et subvenir aux besoins de la vie.

Un relevé des amputations pratiquées dans les hôpitaux et hospices de la Guadeloupe, pendant quelques années, sur des sujets atteints d'éléphantiasis des Barbades ou d'ulcères incurables avec carie osseuse, serait un puissant argument en faveur de la non-expectation. Nous regrettons vivement de n'avoir pas les éléments nécessaires pour une pareille statistique; mais notre conviction ne paraît-elle pas fondée quand nous dirons que nous avons pratiqué ou vu pratiquer 18 amputations ou désarticulations à la suite d'éléphantiasis ou d'ulcères avec carie des os; sur ce nombre 16 malades ont guéri. Nos collègues dans la médecine coloniale nous ont fourni à peu près le même nombre de cas et avec le même résultat. Nous avons vu plusieurs de ces amputés deux et trois ans après l'opération, tous étaient exempts de récurrence.

Quelques jours avant notre arrivée à la Guadeloupe, notre collègue et ami le D^r Mattei avait pratiqué une amputation de jambe pour un éléphantiasis énorme avec lésions profondes; non-seulement le sujet n'a pas eu de récurrence, mais il peut subvenir à ses besoins en s'employant sur une habitation.

Le 10 septembre 1859, entre à l'hospice de Saint-Martin la nommée Prudence (Élisabeth), portant au pied gauche et à la partie inférieure de la jambe un vaste ulcère éléphantiasique. L'éléphantiasis occupe à peu près toute la jambe; le volume du pied est énorme; l'ulcère gagnait et menaçait de mettre à nu tout le squelette du pied; plusieurs abcès isolés percent la peau de la jambe et fournissent un ichor fétide. Le stylet accuse nettement la carie du tibia dans une grande étendue. La malade est d'une constitution délabrée, misérable; elle porte des *pians* ulcérés au genou du côté malade et des marques irrécusables de syphilis constitutionnelle.

Les douleurs étaient atroces, causaient de l'insomnie; la malade réclamait l'opération avec insistance, et notre propre conviction était que l'amputation devenait la seule ressource pour cette malheureuse. La crainte de rester dans les limites du mal, la difficulté de trouver un lambeau suffisant vu l'ulcération partielle de la peau, nous firent abandonner l'idée d'amputer au lieu d'élection pour la désarticulation du genou. Nous regardions cette opération comme moins grave pour la malade que l'amputation de la cuisse au tiers inférieur.

La désarticulation fut pratiquée dans l'insensibilité complète, par la méthode à lambeau antérieur; le lambeau, retombant par son propre poids, fut maintenu coudé par deux points de suture et quelques serres fines: un linge mouillé constitua tout le pansement. La

fièvre traumatique fut modérée, et, vingt-huit jours après l'opération, la cicatrice était linéaire, la guérison presque complète. L'état général se modifia par un traitement approprié; quatre ans après, la malade ne présentait pas de récurrence.

Quelques semaines après, nous fûmes appelé à pratiquer une désarticulation huméro-cubitale chez un nègre atteint d'un ulcère à l'avant bras, avec tuméfaction des parties molles et carie avancée des deux os dans une assez grande étendue. L'affection datait de plusieurs années, mais depuis quelques mois le malade s'affaiblissait; aussi réclamait-il l'opération comme un terme à ses souffrances. Nous aurions pu peut-être conserver deux centimètres des deux os de l'avant-bras, mais, outre la crainte de rester dans les limites du mal, le traumatisme de la scie sur un os et une moelle voisins du point malade et d'une grande articulation ne pouvait-il pas amener après lui ces interminables suppurations qui obligent à faire une amputation secondaire.

Nous nous décidâmes donc pour la désarticulation huméro-cubitale, malgré l'espèce de défaveur jetée sur elle par Roux, de l'Hôtel-Dieu, et beaucoup d'autres chirurgiens. Nous fîmes un grand lambeau antérieur épais et quadrilatère, un lambeau postérieur très-court, nous ne conservâmes pas l'olécrane... La réunion fut faite avec des serres-fines seulement; pour tout pansement, un linge arrosé d'eau froide. — Vingt-quatre jours après, la guérison était complète;

le malade pouvait retourner à pied chez son maître, habitant la partie hollandaise.

Nous devons signaler un fait que nous avons déjà observé plusieurs fois.

Toutes les fois que nous avons vu un malade réfractaire à l'action du chloroforme ou de l'éther, ou du moins subir cette action d'une manière incomplète, mais sans danger, nous allions aux renseignements; nous apprenions presque toujours que le sujet était adonné aux boissons alcooliques.

Nous avions affaire, dans le cas présent, à un homme ivrogne de profession, prenant en moyenne de 400 à 500 grammes de tafia par jour, depuis plusieurs années.

Nous trouvant sans autre aide qu'une sœur hospitalière et deux ou trois personnes étrangères à la chirurgie, nous prévîmes, non sans quelques soucis, des difficultés dans l'anesthésie du malade, ce qui arriva. Le malade n'était nullement pusillanime; mais, malgré sa bonne volonté, son insouciance, nous ne pûmes obtenir qu'une insensibilité incomplète, après douze minutes d'inhalation.

Le malade, atteint d'éléphantiasis énorme avec carie du tibia, et chez lequel nous avons pratiqué la désarticulation du genou à la Pointe-à-Pitre, présenta quelques accidents graves: spasmes du moignon, agitation extrême, délire, éréthisme nerveux, faisant craindre l'apparition du tétanos; sphacèle d'une partie du lambeau... mais la guérison eut lieu assez rapidement après la cessation des accidents.

Dans le même mois, deux autres désarticulations fémoro-tibiales étaient pratiquées à l'hospice Sainte-Camille; toutes les deux par suite d'éléphantiasis de la jambe avec lésions profondes. Les deux opérés guérirent vite et sans accident.

Nous n'avons pu réunir à temps la statistique que nous comptions présenter en faveur de cette désarticulation dans le cas qui nous occupe. Nous dirons seulement que, d'après l'opinion autorisée de plusieurs médecins des colonies, cette opération a donné 6 succès sur 7 désarticulations chez la race nègre. A cela, on ne répondra pas que c'est une *série heureuse*, puisque nous donnons la moyenne de plusieurs années; mais on nous dira, nous le savons, que le nègre supporte à merveille le traumatisme des opérations les plus capitales, que la force de réaction de son organisme est peu active... D'accord; mais, en définitive, cette proportion de succès n'a-t-elle aucune valeur? En France, les résultats de cette opération ne sont pas assurément aussi satisfaisants, mais mérite-t-elle bien toute la réprobation dont on a voulu la frapper.

Les adversaires de cette opération objectent : 1° que l'irrégularité et l'ampleur de l'articulation du genou rendent son inflammation excessivement grave; 2° que la stagnation du pus dans les anfractuosités de la synoviale est une cause de pyémie et d'altération osseuse; 3° que la peau dépourvue de muscles est ordinairement frappée de gangrène; 4° enfin, que l'opéré, si la

guérison a lieu, ne peut prendre de point d'appui sur son moignon.

Ces objections sont de sérieuses accusations; mais elles n'ont pas toutes la même valeur.

Nous pensons que par la méthode à lambeau antérieur, dispensant d'un pansement contentif compliqué, en ayant soin d'obtenir un canal central au moyen d'une large mèche maintenue quelques jours, on peut éviter cette stagnation du sang, de la sérosité et du pus, et, par suite, prévenir l'action de ces liquides sur les parties molles de la cuisse.

La gangrène est loin d'envahir constamment la peau du moignon, et, quand le lambeau a été taillé suffisamment grand pour recouvrir sans tiraillement la vaste surface osseuse, il est permis d'espérer une cicatrisation assez rapide.

Enfin, il est démontré que le membre peut se porter dans un cuissard et reposer sur les condyles du fémur sans craindre l'ulcération de la peau. Cette peau est déjà épaisse; nous savons, en outre, que cet organe sait s'accommoder aux modifications qui peuvent survenir dans ses fonctions.

Loin de nous l'idée d'élever une prétention de compétence chirurgicale et de donner une opinion absolue sur cette question. Nous ne voudrions pas, non plus, adopter systématiquement la défense de cette opération. Nous avons dit les résultats obtenus dans les pays chauds et sur la race nègre; nous admettons qu'en France les résultats ne seraient pas aussi satisfaisants.

Mais il est permis de se demander si la discussion des faits acquis et l'expérience ne ramèneront pas un jour à une opinion moins absolue les adversaires de la désarticulation fémoro-tibiale.

Notre savant maître, M. le chirurgien en chef J. Roux, a déjà démontré, non pas par une *série due au bonheur*, c'est-à-dire au hasard, mais bien par de nombreux succès, fruits de l'expérience, que, à la suite d'un traumatisme nécessitant l'ablation du membre, la désarticulation devait être préférée à l'amputation dans la continuité, si l'opération est pratiquée durant la phase d'ostéomyélite.

Tout revers porte avec lui son enseignement pour un praticien judicieux ; nous ne rappellerons pas ici comment M. Jules Roux a été amené à formuler les conclusions de son remarquable mémoire ; nous ajouterons seulement que, même dans une lésion organique, alors que la carie des os sera avancée et qu'il sera difficile de fixer la limite du mal, le chirurgien devra faire la part du traumatisme de la scie sur l'os malade et pourra, dans quelques cas, préférer la désarticulation. Nous livrons ces faits à la discussion de praticiens plus autorisés que nous.

Nous espérons ajouter bientôt plusieurs observations à celles que nous possédons, et présenter quelques considérations sur ce point important de la chirurgie.



OBSERVATIONS

Observation d'accès pernicieux, revêtant la forme d'angine de poitrine

(Recueillie dans notre service, à l'hôpital militaire des Saintes)

Le caporal Degraine avait été évacué de l'hôpital de la Basse-Terre sur celui des Saintes, pour une dysenterie chronique datant de huit mois. Guéri de cette affection, le malade conservait encore les marques de l'intoxication paludéenne dont il avait été atteint à la Pointe-à-Pitre: figure bouffie, teint gris terreux, pâleur des muqueuses, essoufflement au creux épigastrique, hypertrophie de la rate, faiblesse des membres inférieurs. Les toniques étaient bien supportés et tout faisait espérer une amélioration rapide, quand, subitement, dans la nuit du 19 au 20 décembre, vers trois heures du matin, se déclarèrent des accidents effrayants. Degraine fut pris d'une constriction atroce occupant non-seulement la région précordiale, mais encore toute la poitrine. Quand nous fûmes appelé, le malade était en proie à une angoisse indicible, faisait signe qu'il étouffait, était assis sur son lit, la tête inclinée du côté gauche, la bouche entr'ouverte. Questionné sur le siège de sa douleur, Degraine montrait l'épi-

gastre, d'où elle s'irradiait dans toute la poitrine, autant à droite qu'à gauche, dans le dos, entre les deux épaules, jusqu'à la dixième vertèbre dorsale... Au bout de peu d'instants, cette douleur se propageait aux épaules, aux bras, ne dépassant pas la partie inférieure du coude. Le pouls avait un peu d'accélération, mais sans irrégularité et avec son ampleur ordinaire. Pour soulager le plus tôt possible le malade, dont l'anxiété était extrême, nous administrâmes le chloroforme en potion, nous prescrivîmes des frictions opiacées faites avec des flanelles chaudes... Une amélioration succéda à cet état; mais, après une demi-heure de calme, un nouveau paroxysme se montra aussi violent que le premier et de plus longue durée. La terreur du malade, menacé d'asphyxie, était inexprimable; la respiration était courte, lente; Degraïne n'osait pas respirer. La peau des avant-bras et des mains se couvrit d'une sueur froide; la diminution de la température augmentait graduellement des extrémités inférieures vers le tronc... Pendant cette crise, nouvelle administration du chloroforme, ventouses sèches nombreuses, sinapismes entre les épaules, potion avec chlorhydrate de morphine.

Enfin, l'accès se calme, laissant au malade un sentiment de faiblesse et de lassitude extrême. La réaction se montre rapidement aux membres; il y a émission copieuse d'urine très-claire.

Réfléchissant sur ces accidents singuliers, nous eûmes l'idée que l'élément paludéen, ce protée endé-

mique de nos Antilles, pouvait avoir une grande part dans leur gravité.

Le siège et la nature de l'angine de poitrine sont si peu connus, que nous n'attachons pas au mot une grande importance. Nous l'avons accepté et nous nous en sommes servi dans le cas présent, parce que les symptômes que nous avons observés concordent bien avec ceux que les auteurs attribuent à la maladie qui a reçu ce nom. Nous aurions ignoré et le nom de la maladie, et la description des auteurs classiques, que, en présence du malade dont nous parlons, nous aurions défini les accidents qu'il présentait : névralgie généralisée grave de la partie sus-ombilicale du tronc; nous disons sus-ombilicale et non sus-diaphragmatique, parce que l'hypochondre gauche était le siège d'une vive douleur.

Cette névralgie, plus ou moins généralisée, trouvait pour nous une cause déterminante dans l'anémie profonde, suite de cachexie palustre; elle était donc d'origine paludéenne, et l'élément pernicieux avec ses diverses manifestations pouvait la caractériser.

Après le deuxième paroxysme, nous crûmes avoir trop tardé à reconnaître cette origine et la complication pernicieuse. Nous donnâmes 1 gramme de bisulfate de quinine avec 20 gouttes de laudanum.

Le soir, le malade n'accusait plus que quelques tiraillements pénibles; le lendemain, nouvelle dose de bisulfate de quinine : le calme du malade était parfait. Degraïne n'avait plus que le souvenir de ses souffrances, quand, le 26 décembre, les mêmes symptômes

se manifestèrent au moment où le malade se promenait dans la cour de l'hôpital. Cette fois, il y eut une espèce d'aura: le malade voyait venir la crise, qui, la première fois, l'avait surpris dans son sommeil. Comme la première fois, la souffrance fut atroce, il y eut refroidissement des extrémités. Ici, aucune hésitation : 1^{gr},50 de bisulfate de quinine uni à 20 gouttes de laudanum furent administrés en deux doses, à quelques minutes d'intervalle. L'effet fut rapide; il n'y eut qu'un paroxysme. Le malade se trouva bien les jours suivants; mais, craignant la périodicité septénaire, nous prescrivîmes plusieurs doses de sulfate de quinine.

Fièvre pernicieuse hémorrhagique algide suivie de mort

(Observée dans notre service, à l'hôpital militaire des Saintes)

Dinga (Bernard), détenu au pénitencier de l'Ilet-à-Cabris, est apporté le 18 janvier à l'hôpital. Depuis quelques heures, ce malade est en proie à une prostration extrême: lipothymies fréquentes, frissons, horripilation, diminution progressive de la température du corps. Dinga, qui a eu, au moment de quitter le pénitencier, une hémorrhagie rectale abondante, répond avec hésitation à nos questions; l'intelligence se trouble, l'algidité devient générale à la surface extérieure du corps, qui se couvre d'une sueur visqueuse aigre et nauséuse. Le pouls devient misérable, à peine sensible.

Traitement. — Infusion de thé alcoolisée, 2 grammes de bisulfate de quinine unis à 10 cent. extrait d'opium; lavement avec 6 grammes d'eau de Rabel et solution de 1^{gr},50 de sulfate de quinine pour 200 grammes de véhicule; frictions avec teinture d'Huxham le long du rachis.

Au bout de sept heures, le réaction se montre mais avec difficulté, les extrémités restant toujours froides. Le pouls reprend un peu d'ampleur; le malade, quoique dans un grand abattement, répond aux interrogations et accuse une douleur gravative dans le bassin et dans les lombes; les urines sont rares, rougeâtres, la miction est pénible. Cet état alarmant dure trente heures. Une nouvelle dose de quinine est administrée; limonade sulfurique pour boisson, lavement avec eau de Rabel. Une nouvelle hémorrhagie rectale, plus considérable que la première, se déclare; l'algidité redevient générale, il y a sidération de tous les systèmes, et le malade est emporté en moins d'une heure.

Autopsie. — Couleur rouge livide des poumons, laissant échapper par l'incision une grande quantité de sérosité spumeuse, sanguinolente. Cœur décoloré, caillots blanchâtres dans l'oreillette droite. Foie jaunâtre à l'extérieur, gorgé de sang noir; vésicule biliaire presque vide. Ramollissement extrême de la rate, qui laisse échapper à la moindre pression une boue noire. L'intestin grêle, le colon ne présentent pas de lésions; on aperçoit seulement quelques arborisations lie de

vin sur le trajet du colon descendant. Le rectum, énormément distendu, a un calibre de 7 centimètres de diamètre ; il est d'un rouge sombre à l'extérieur. Une ligature, placée à chaque extrémité, permet de recueillir environ 800 grammes de sang couleur brique et d'une odeur fétide. Après un lavage au filet d'eau, nous voyons la muqueuse rectale ramollie, mais sans ulcérations. Rien de particulier dans le cerveau et sur les méninges.

Observations recueillies dans le service de M. le médecin en chef (Basse-Terre)

Fièvre pernicieuse apoplectique

P...., matelot du *Vautour*, âgé de vingt ans, ayant cinq mois de séjour dans la station locale, était atteint d'accès de fièvre intermittente quotidienne depuis une semaine. Il est entré à l'hôpital avec les symptômes suivants : congestion de la face, injection des conjonctives, constriction spasmodique du pharynx, abolition presque complète et subite du mouvement dans le bras droit ; le même côté de la langue est paralysé. Le malade entend, mais ne peut répondre aux questions qu'on lui adresse, pousse des gémissements suspirieux et porte sans cesse la main gauche à la tête ; respiration gênée.

Traitement. — Sangsues aux tempes, lavements purgatifs ; 50 centigr. gomme gutte et jalap, sulfate de

quinine 2 grammes. Trois heures après le début des accidents, la tête se dégage, les mouvements du bras et de la langue se rétablissent, les accidents ne reparaissent plus. Cette forme serait mieux désignée sous le nom de fièvre pernicieuse congestive, car il n'y a pas rupture du cerveau, ni hémorrhagie : c'est une congestion avec phénomènes de paralysie tout à fait temporaires ; mais il ne faut pas oublier que le caractère de perniciosité des accidents peut les rendre mortels.

Fièvre pernicieuse convulsive algide

Le gendarme D...., en traitement à l'hôpital pour accidents tertiaires syphilitiques, après un malaise de quelques heures, présente subitement les symptômes suivants : convulsions générales, contracture des membres, écume à la bouche, céphalalgie atroce, bientôt abaissement de la température jusqu'à l'algidité qui dure neuf heures ; pendant ce temps, plusieurs attaques convulsives. Le malade a quelques moments de connaissance, mais ne peut répondre que par des gémissements. Le soir, la chaleur revient, le pouls se relève, mais les accès convulsifs de deux heures en deux heures se répètent toute la nuit. Au matin, photophobie, affaissement général, chaleur normale ; dans la journée seulement quelques contractures des bras. Le lendemain, tous les accidents disparaissent et la parole revient.

Traitement. — Sulfate de quinine, 4 grammes ; ventouses scarifiées à la nuque, sangsues aux tempes ; sinapismes aux extrémités, drastiques.

Fièvre pernicieuse comateuse.

C. . . , ouvrier du génie, mulâtre, à l'hôpital depuis quinze jours, avait présenté plusieurs accès de fièvre à type quotidien, mais n'avait pas eu d'accès depuis six jours, quand, subitement, il fut pris de trouble des facultés intellectuelles avec les symptômes suivants : yeux fixes, pupilles très-dilatées, peau froide, glacée et visqueuse ; pouls petit, misérable ; respiration stertoreuse, tremblement musculaire, crampes des membres, trismus des masticateurs, morsure de la langue ; les yeux sont convulsés ; il y a perte complète de la connaissance, avec insensibilité de la pupille ; quelques contractures des avant-bras. Ces symptômes persistent sans rémission jusqu'à la mort, qui arrive au bout de vingt-huit heures.

Fièvre pernicieuse, forme cholérique.

Le sergent-major D. . . . , atteint de fièvre intermittente depuis quelques jours, présente d'abord un accès avec refroidissement des extrémités. Quelques heures après, les lèvres prennent une teinte bleuâtre ; les yeux se dépriment dans l'orbite ; crampes douloureuses

des mollets, vomissements fréquents, selles nombreuses semblables à du riz écrasé et dilué; pouls filiforme, haleine fétide et froide, soif ardente; anxiété du malade, dont la voix est cassée. Cet état ne se modifie qu'au bout de dix heures, sous l'influence des boissons chaudes alcoolisées, de 2 grammes de bisulfate de quinine. État satisfaisant pendant deux jours; la quinine est continuée à la dose de 2 grammes par vingt-quatre heures. Le troisième jour, accès avec refroidissement, mais de courte durée et sans complication du côté de l'abdomen; convalescence franche et rapide.

Fièvre pernicieuse délirante.

Nous avons observé ce cas des plus remarquables chez un artilleur, gardien depuis deux ans de la batterie Impériale, située à 50 mètres du littoral, dans un lieu à miasmes palustres intenses. Cet homme avait eu plusieurs accès de fièvre, et, quand il a été apporté à l'hôpital, il avait été trouvé sans connaissance et délirant, au dire des malades, depuis douze heures. Connefroy a une teinte ictérique, présente les signes d'une cachexie profonde. Le ventre est ballonné, le foie hypertrophié; la rate a un volume énorme et mesure près de 18 centimètres de longueur; selles nombreuses, liquides; peau brûlante, pouls dur, fréquent. Le lendemain de son entrée, la fièvre redouble: le pouls est irrégulier, à 145 pulsations; délire de plu-

sieurs heures, avec renversement des globes oculaires en haut; bientôt état comateux, respiration lente, selles involontaires, pouls à peine perceptible. Le malade échappe à ces accidents si redoutables; mais la prostration est extrême: syncopes par le moindre déplacement, Après trois jours, avec des précautions, le malade est apporté au camp Jacob, où il se rétablit d'une si grave atteinte.

Fièvre rémittente-bilieuse hématurique, suivie de mort.

F... vient de passer deux ans en détachement à la Pointe-à-Pitre, où il a eu de nombreux accès de fièvre: arrivé à la Basse-Terre, il ressent le jour même un malaise qui persiste deux jours; un accès avec frisson intense se déclare pendant lequel le malade dit avoir rendu des urines noires. Entré à l'hôpital le soir même, le malade présente les symptômes suivants: teinte ictérique de la peau et de la face, vive douleur à l'hypochondre droit et au niveau de la rate, qui a un volume considérable; le pouls est fort, s'élevant à 90°, la peau chaude. Les urines du soir sont couleur de vin de Malaga; la miction est douloureuse, brûlante. Dans la nuit, vomissements bilieux d'un vert porracé, une selle liquide de même nature.

Le matin, 26, la teinte ictérique est couleur de safran, la fièvre est continue; quelques vomissements. Même état dans la journée. Le lendemain, à quatre

heures du matin, frissons suivis d'une légère transpiration; quelques instants après, frissons plus intenses. Dans la journée, un moment de rémission; mais le soir, vers sept heures, le frisson reparaît. Chacune de ces exacerbations est accompagnée de vomissements bilieux, de déjections fortement colorées en rouge; même teinte des urines.

Le 28 au matin, les vomissements deviennent plus fréquents; couleur jaune safran de la peau aussi prononcée. Les urines sont rougeâtres; deux selles de même couleur. Il y a abattement, mais peu de souffrances; décubitus dorsal. La peau se maintient toujours chaude et sèche; le pouls est dur, fréquent, à 90. Le soir, à quatre heures, le pouls devient précipité, s'élève à 120; les vomissements sont incoercibles. Emission des urines difficile; les urines sont plus rares, mais de même couleur.

Le 29, même état.

Le 30, les vomissements cessent, les urines sont peu colorées; pas de selles. Le malade est dans un abattement profond; le délire survient, l'état comateux lui succède, et le mort arrive le 30 au soir.

Autopsie. — La teinte ictérique n'est apparente qu'au visage, mais apparaît dans le tissu cellulaire après l'incision des téguments. Le cerveau est pâle, exsangue, ainsi que les plexus choroïdes; un peu de sérosité rougeâtre dans les ventricules.

Les poumons sont pâles, le cœur mou, également

décoloré; caillots fibrineux dans les oreillettes, se prolongeant dans les gros vaisseaux; un peu de sérosité dans le péricarde. Teinte ictérique prononcée des épiploons; rien dans l'estomac; dans l'intestin, en plusieurs points, existe de la bile concrète. Décoloration du foie; la vésicule biliaire contient une matière d'un noir foncé, marc de café, ayant la consistance du suif, pouvant, au premier aspect, ressembler à du sang coagulé, mais donnant au linge une coloration jaune très-accentuée. Rate volumineuse, se laissant pénétrer facilement et laissant échapper un détritüs noirâtre. A la moitié inférieure de la face postérieure de chaque rein existe une ecchymose de 5^{mm} d'épaisseur, contrastant avec la décoloration du reste de l'organe; peu d'urine dans la vessie.

Ces cas sont très-rares à la Basse-Terre; ils sont plus fréquents à la Pointe-à-Pitre et à la Grande-Terre. M. le docteur Pellarin en a publié un exemple remarquable dans l'*Union médicale* (mars 1861), avec considérations pathologiques très-intéressantes.



DYSENTERIE

Observations de quelques cas traités par le sous-nitrate
de bismuth, à l'hôpital militaire des Saintes

Première observation

Le gendarme Claverie, âgé de trente-huit ans, malade depuis plusieurs mois à la caserne de la Basse-Terre, laissa une dysenterie aiguë des plus intenses s'invétérer, sans autre soin que les remèdes de commerce. Le malade obtient de ses chefs une permission dite de convalescence et se rend aux Saintes, où il vit et loge avec ses camarades... Au bout de quelques jours seulement, le malade réclame des soins et son admission à l'hôpital.

Claverie est réduit à un degré d'émaciation extrême; la peau de la face, d'un teint terreux, est plissée par le marasme et la souffrance; les yeux sont profondément retirés dans l'orbite. Le malade, couché sur le dos, peut à peine articuler quelques mots. L'œil éteint, le nez allongé, resserré et froid, le refroidissement des extrémités, semblaient annoncer une fin prochaine. Les selles étaient nombreuses (vingt-cinq à trente par jour), involontaires et fétides. Au milieu

d'une sérosité rougeâtre, lavure de chair, se voyaient des petits lambeaux sphacelés de muqueuse. Un lavement au nitrate d'argent n'est pas supporté. Devant un état si alarmant, qui nous faisait craindre à tout moment une perforation si le malade ne succombait pas au marasme, nous prescrivîmes l'opium à la dose de 15 à 20 centigrammes par jour, des lavements au ratanhia. Nous avons prescrit en même temps le sous-nitrate de bismuth; mais le malade, ne pouvant l'avaler qu'avec peine, l'accusait d'aggraver son état. Nous dûmes suspendre le médicament refusé. Trois jours après son admission à l'hôpital, Claverie présenta une légère réaction; mais du côté du ventre la situation était la même.

Nous avions à cœur de faire accepter le sous-nitrate de bismuth par le malade, qui consentit enfin à en prendre par doses très-fractionnées... Au bout de trois jours, Claverie prenait 30 grammes de sous-nitrate de bismuth; les selles étaient noires, sans fétidité, moins liquides et réduites à huit par jour. Le malade supportait des œufs mollets, un peu de crème de riz, du jus de viande, alors que trois jours auparavant quelques cuillerées de bouillon déterminaient à l'instant même des déjections liquides.—La dose de sous-nitrate de bismuth est portée successivement à 40, 50, 60 et 70 grammes. Le malade, se sentant renaître, prend le médicament sans répugnance... Au 15 mars, dix-sept jours après l'admission du malade, neuvième jour de l'administration du bismuth, il n'y avait plus que

deux selles par jour, moulées. Le quart de ration est bien supporté ; nous réduisons graduellement les doses de bismuth, et, au bout d'une semaine, le malade n'avait plus qu'une selle par vingt-quatre heures, quelquefois même une seule selle en quarante-huit heures... Avec la demi-ration, nous pûmes administrer des toniques : les amers, les ferrugineux, la noix vomique.

Claverie pouvait faire une assez longue promenade... Un soir, le malade fut surpris par la pluie ; nous avons appris, en outre, plus tard, qu'il avait fait un écart de régime très-grave... Il y eut rechute : sept à huit selles en une nuit, avec stries de sang... En un jour le malade perdait, par sa faute, des forces péniblement acquises... Durant deux jours, bains de siège, opium 10 à 15 centigrammes, lavements d'eau tiède. Le sous-nitrate de bismuth est ensuite prescrit *ut supra*. Le résultat fut rapide, et le malade put quitter la dépendance dans un état très-satisfaisant.

Deuxième observation

Peignez, soldat d'infanterie de marine, âgé de vingt-six ans, est évacué le 10 avril de l'hôpital de la Basse-Terre sur celui des Saintes. La note d'évacuation portait : « Malade depuis deux mois ; selles nombreuses, purulentes, avec détritits de muqueuse intestinale. » Peignez porte les signes d'une anémie profonde : les

aliments les plus légers déterminent des selles abondantes, grisâtres, fétides.

Pendant quatre jours, extrait d'opium 15 cent. en trois pilules, lavements de décoction de ratanhia, bains de siège. Au cinquième jour, Peignez accuse une vive douleur dans la région épigastrique et dans les reins; selle abondante, lavure de chair, contenant un lambeau de muqueuse long de 41 centimètres, qui, étalé, avait dans sa plus grande longueur les deux tiers de la circonférence de l'intestin. Le malade est soumis à deux grands lavements d'eau tiède. Le lendemain, le sous-nitrate de bismuth est administré à la dose de 20 grammes, dose successivement portée, les jours suivants, de 20 à 60 grammes. La guérison a été encore plus rapide que chez le gendarme Claverie. En quinze jours, le malade mangeait les trois quarts de ration et la guérison ne s'est pas démentie.

Troisième observation

Harengs, fusilier disciplinaire, entre à l'hôpital des Saintes, le 30 juillet 1861, atteint de dysenterie depuis huit jours. Le malade, mettant de côté toute prudence, avait négligé son état; l'abattement était extrême, la fièvre continue, les selles très-nombreuses (vingt-cinq à trente par jour) liquides et sanguinolentes. La macération brésilienne diminua les symptômes inflammatoires, mais la sécrétion intestinale et l'exhalation sanguine

ne furent nullement modifiées. Au cinquième jour de son entrée, Harengs eut une hémorrhagie rectale très-abondante, avec refroidissement général. Le malade, dont l'émaciation avait été progressivement rapide, pouvait à peine articuler quelques mots; la faiblesse allait croissant; les selles étaient involontaires, d'une fétidité extrême; la langue, blanchâtre, épaisse au milieu, rouge pointillé sur les bords, était tremblotante.

Un état typhoïde caractérisait cette nouvelle phase de la maladie. Nous pensâmes alors que le sous-nitrate de bismuth pouvait nous être de quelque utilité, en diminuant cette sécrétion excessive et en désinfectant les selles. Le malade ne le prenait qu'avec répugnance. Nous prescrivîmes alors quatre lavements par jour avec 10 grammes de sous-nitrate de bismuth pour chaque lavement, dans très-peu de véhicule.

Dès le second jour, ces lavements étaient conservés deux heures par le malade; nous donnâmes alors un lavement toutes les trois heures, en tout 80 grammes de sous-nitrate de bismuth, plus 12 à 15 grammes que le malade prenait en potion. Les selles se modifièrent sensiblement, devinrent moins fréquentes; les douleurs vives que le malade éprouvait à la région hypogastrique et à la région anale se dissipèrent en quelques jours. Pendant un mois, le bouillon et le vin ont constitué tout le régime, la déglutition des solides étant impossible au malade. Vers la troisième semaine, le malade pouvant prendre 30 et même 40 grammes de bismuth en 4 doses, les lavements furent réduits à deux. L'appé-

tit revint, l'alimentation devint réparatrice ; il n'y avait plus que deux selles moulées par jour. Nous évacuâmes le malade sur le camp Jacob, et un mois après nous le vîmes revenir aux Saintes, complètement rétabli.

Nous terminons ici le travail que nous soumettons à la haute appréciation de nos Juges. Nous avons des documents pour lui donner une plus grande extension.

Nous renfermant toujours dans notre pratique de cinq ans aux Antilles, nous pensions pouvoir ajouter à ces *Considérations pathologiques sur les pays chauds* :

1° Un essai sur la fièvre typhoïde aux Antilles. — Nous aurions prouvé, à l'aide d'observations et d'une statistique consciencieuse, que cette affection n'est pas aussi rare aux Antilles que le pensent quelques médecins ;

2° Un aperçu sur la fréquence des maladies des organes respiratoires. — Si la pneumonie est très-rare aux Antilles, il n'en est pas de même de la phthisie ;

3° Quelques considérations sur la race nègre au point de vue physiologique et pathologique ;

4° Un essai sur la valeur de la noix vomique dans certaines hydropisies et dans quelques maladies des pays chauds ;

5° Un travail sur les conséquences de l'alcoolisme

chronique. Son influence sur l'hérédité de quelques affections ;

6° Un autre essai sur l'emploi du sous-nitrate de bismuth contre la fissure à l'anus, la brûlure, les ulcères chroniques, les écoulements blennorrhagiques, soit aigus, soit chroniques ;

7° Enfin des observations diverses : abcès du foie vidé par les bronches ; un cas d'hystérie chez l'homme ; une perforation intestinale mortelle causée par des os de poisson ; mais, pressé par le temps, nous n'avons pu faire entrer ces sujets divers dans l'ensemble de notre travail.

FIN

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
AVANT-PROPOS	VII
CHAPITRE I ^{er} . — Constitution géologique des Antilles françaises. — Du climat dans ses rapports avec les maladies. — Du travail des Européens aux Antilles. — Hygiène. — De la passion alcoolique.	15
CHAPITRE II. — Topographie des divers quartiers de la colonie, au point de vue de l'intoxication paludéenne. — Types les plus fréquents de la fièvre maremmatique. — Cachexie. — État pernicieux.	30
CHAPITRE III. — De la dysenterie à la Guadeloupe. — Quelques considérations sur l'emploi du sous-nitrate de bismuth.....	48
CHAPITRE IV. — Un mot sur l'étiologie et le traitement de la colique sèche.....	68
CHAPITRE V. — Épidémie d'angine diphthéritique à la Guadeloupe. — Quelques considérations sur les tristes résultats de la doctrine physiologique dans les pays chauds.....	77
CHAPITRE VI. — Aperçu rapide sur la lèpre grecque. — Résultats fournis par l'hydrocotyle asiatique dans le traitement de cette affection.....	98
CHAPITRE VII. — Éléphantiasis des Arabes. — De l'opportunité de l'amputation.....	119
OBSERVATIONS DIVERSES.....	132



TABLE DES MATIÈRES

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358

359

360

361

362

363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

431

432

433

434

435

436

437

438

439

440

441

442

443

444

445

446

447

448

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479

480

481

482

483

484

485

486

487

488

489

490

491

492

493

494

495

496

497

498

499

500



