

Etude synthétique sur les maladies endémiques / par J. Rochard.

Contributors

Rochard, Jules Eugène, 1819-1896.
Francis A. Countway Library of Medicine

Publication/Creation

Paris : J.-B. Baillière et Fils, 1871.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/zjg928yp>

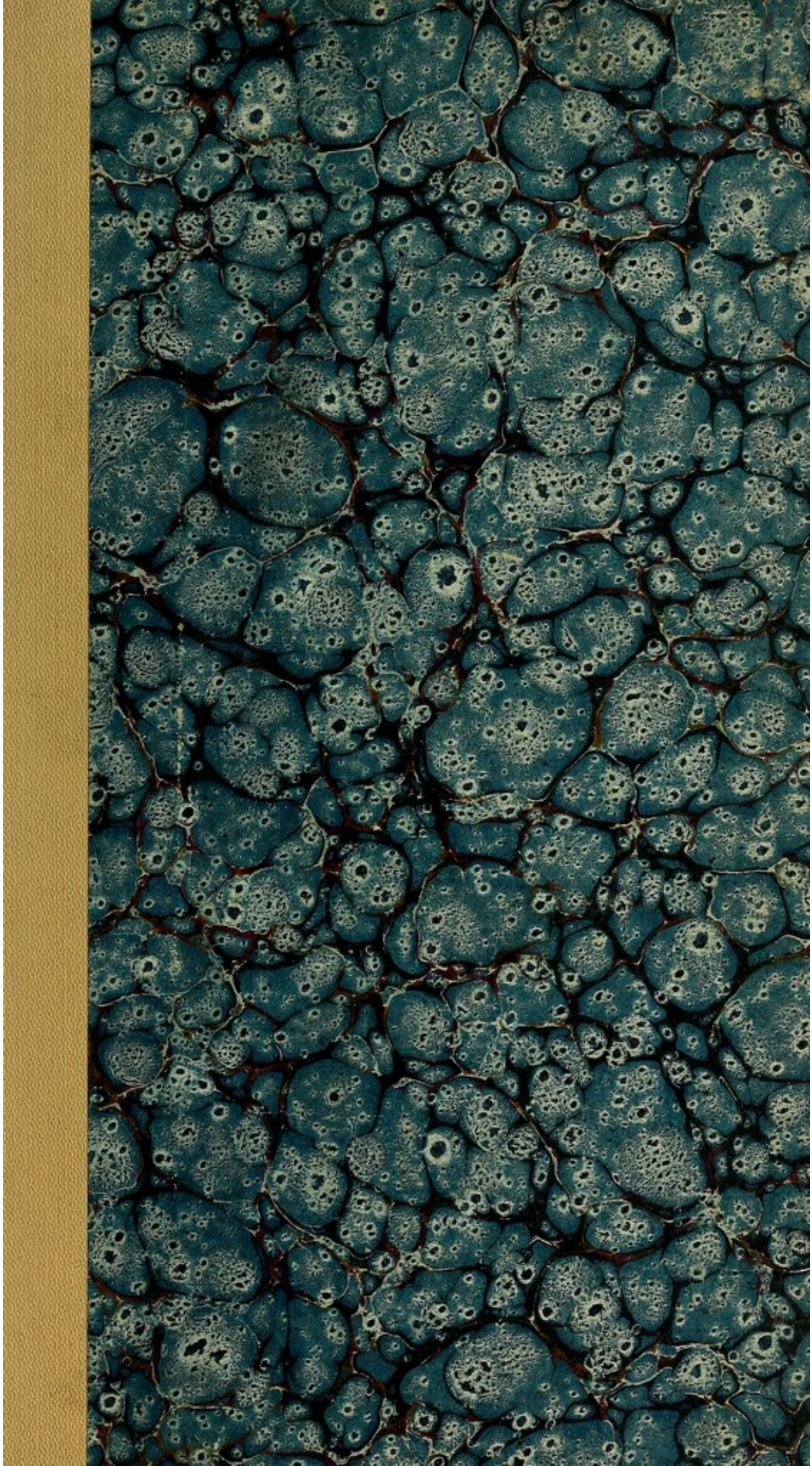
License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by the Francis A. Countway Library of Medicine, through the Medical Heritage Library. The original may be consulted at the Francis A. Countway Library of Medicine, Harvard Medical School. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>



21A 230

PROPERTY OF THE
PUBLIC LIBRARY OF THE
CITY OF BOSTON,
DEPOSITED IN THE
BOSTON MEDICAL LIBRARY.

No. 3793.96







ÉTUDE SYNTHÉTIQUE

SUR LES

MALADIES ENDÉMIQUES

PAR

LE D^R J. ROCHARD

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE AU PORT DE BREST

3793.96



PROPERTY OF THE
PUBLIC LIBRARY OF THE
CITY OF BOSTON,
DEPOSITED IN THE
BOSTON MEDICAL LIBRARY

PARIS

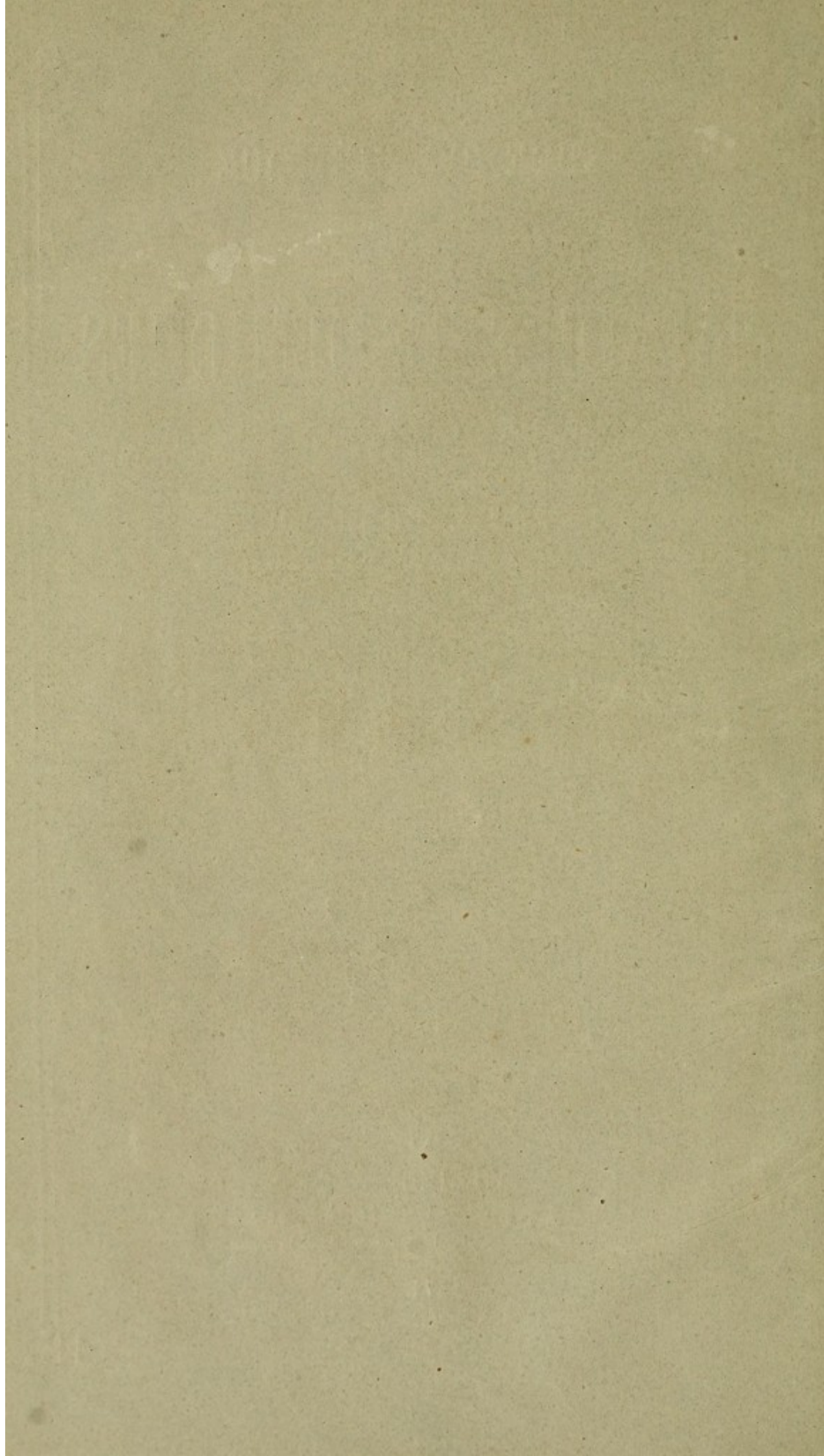
J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19, près le boulevard Saint-Germain

1871

Tous droits réservés.



ÉTUDE SYNTHÉTIQUE

PRINCIPAL TRAVAIL DE M. VIEUX-ROCHARD

MALADIES ENDEMIQUES

De l'histoire de la navigation et des pays chauds sur la marche de la peste
palmarienne. Mémoire couronné par l'Académie de médecine. Mémoires de l'A-
cadémie de médecine, Paris, 1808, t. XX, p. 15-164.

Opérations d'une fistule. Mémoires de l'Académie de médecine, 1802, t. XXIII,
p. 167, planche.

La peste sur le littoral de la Méditerranée. Mémoires de médecine, 1802, t. XXIII,
p. 167, planche.

Opérations d'une fistule. Bulletin de la Société de chirurgie, 2^e série, 1802,
t. III, p. 111.

Sur les collections de pus qui se forment dans les tumeurs suppu-
rantes par le canal intestinal et surtout en l'absence de l'appendice (d'après
l'avis de la Société de chirurgie, 1802, 19 janvier, 1802).

Sur les hémorrhoides de la tumeur varicelle qui survient dans l'épiderme.

ÉTUDE SYNTHÉTIQUE

SUR LES

MALADIES ENDEMIQUES

Opérations de chirurgie recueillies à l'hôpital de la marine de Brest. (Livre sur-
chévé, 1800, t. VIII, p. 57.)

Sur les services chirurgicaux de la flotte en temps de guerre. Dispositions à prendre pour
le combat, à bord des différents navires, soins à donner aux blessés dans les cir-
constances diverses et dans les débarquements. Paris, 1801, in-8 avec figures coloriées
dans le texte.

Notes sur l'épidémie de l'ochelonia. Bulletin de la Société de chirurgie, 1^{re} série,
2^e année, 1802, t. III, p. 144.

Atlas anatomique. Sur les nerfs, les artères, les veines, les ligaments, les muscles, les os, les
articulations de médecine et de chirurgie pratiques.

PARIS

L.-B. BAILLIÈRE et FILS

ÉDITEUR DE L'ANNUAIRE NATIONAL DE MÉDECINE

1802, t. III, p. 144

1802, t. III, p. 144

PRINCIPAUX TRAVAUX DE M. JULES ROCHARD

De l'influence de la navigation et des pays chauds sur la marche de la plithisie pulmonaire. Mémoire couronné par l'Académie de médecine. (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1856, t. XX, p. 75-168.)

Opérations d'anus artificiel. (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1855, t. XXIII, p. 195, planche.)

Un rapport sur ce travail a été fait à l'Académie de médecine par le docteur Alph. Robert (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1858-1859, t. XXIV, p. 425 et suiv.)

Opérations d'anus artificiel. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 2^e série, 1862, t. III, p. 141.)

Sur les collections de liquide qui, primitivement formées dans la tunique vaginale, remontent par le canal inguinal et viennent se développer dans l'abdomen. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 19 janvier 1859.)

Note sur les hématoécèles de la tunique vaginale qui remontent dans l'abdomen à travers le canal inguinal. (*Union médicale*, 1860, t. VII, p. 559.)

Du traumatisme produit par l'explosion des mines. (*Union médicale*, 1860, t. VII, p. 515.)

Observations de chirurgie recueillies à l'hôpital de la marine de Brest. (*Union médicale*, 1860, t. VIII, p. 57.)

Du service chirurgical de la flotte en temps de guerre. Dispositions à prendre pour le combat, à bords des différents navires, soins à donner aux blessés dans les batailles navales et dans les débarquements. Paris, 1861, in-8 avec figures intercalées dans le texte.

Note sur l'ulcère de Cochinchine. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 2^e série, 26 mars 1862, t. III, p. 144.)

Articles : Acclimatement, Air marin, Bériberi, Climat, Dengue, Drainage du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

ÉTUDE SYNTHÉTIQUE

SUR LES

MALADIES ENDÉMIQUES

PAR

LE D^R J. ROCHARD

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARIÈRE AU PORT DE BREST

3793.96

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 49, près le boulevard Saint-Germain

1871

ÉTUDE SYNTHÉTIQUE
DES
MALADIES ENDEMIQUES

4 num 3485, 54
125, 310

—
Extrait des Archives de médecine navale
—

PARIS
J.-B. BAILLIÈRE et FILS
ÉDITEURS DE LA BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DE MÉDECINE
19, rue Cassini, 19, Paris

EXTRAIT DES ARCHIVES DE MÉDECINE NAVALE
AVRIL-MAI-JUIN 1874. TOME XV.

ÉTUDE SYNTHÉTIQUE
SUR LES
MALADIES ENDÉMIQUES

PAR LE D^r J. ROCHARD

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE AU PORT DE BREST.

Les maladies endémiques offrent aux médecins de la marine un intérêt tout particulier, ils sont appelés à lutter contre elles pendant tout le cours de leur carrière, et les voient sévir dans nos colonies et dans nos stations intertropicales avec une intensité telle qu'elles absorbent presque exclusivement leur attention ; au retour de leurs campagnes, ils les retrouvent, sous la forme chronique, dans les hôpitaux de nos ports. Elles constituent, en un mot, le fond de leur pratique habituelle et le sujet de prédilection de leurs études et de leurs travaux. Leurs observations ont puissamment contribué à éclairer l'histoire des

grandes endémies ; l'étude clinique de ces affections, si répandues et si meurtrières, laisse aujourd'hui peu de chose à désirer ; mais aucun d'entre eux n'a tenté de soumettre à un travail d'ensemble le groupe nosologique auquel elles appartiennent, personne ne s'est attaché à le définir d'une manière précise, à en fixer les limites, à le soumettre à une classification raisonnée.

Ce point de nosographie a cependant pour nous une importance spéciale et sort du domaine de la théorie. Appelés chaque jour à éclairer l'administration sur le caractère d'*endémicité* de telle ou telle affection, il nous est indispensable d'avoir, à cet égard, des idées bien arrêtées, afin de pouvoir nous prononcer en connaissance de cause sur des questions que nous tranchons sans appel, et d'où dépend le sort des familles que les hommes confiés à nos soins laissent derrière eux lorsqu'ils viennent à succomber.

C'est afin de combler cette lacune, que nous avons entrepris le travail qui va suivre, et nous sommes assez convaincu de son utilité pour n'avoir reculé ni devant l'aridité de la tâche, ni devant ses difficultés. Lorsqu'on cherche à débrouiller le chaos des maladies endémiques et qu'on se livre aux recherches bibliographiques que comporte un pareil sujet, on est surpris de l'insouciance avec laquelle il a été traité jusqu'ici. « Les maladies endémiques, dit Ferrus, ont peu fixé l'attention des observateurs ; la raison en est sans doute dans la difficulté de leur étude. La recherche des causes exigerait à elle seule de grands travaux, et l'application des faits, une sagacité qu'on trouve rarement, même chez les hommes les plus éclairés ¹. » Il eût été plus juste d'accuser l'insuffisance des documents dont on disposait alors. Cet obstacle a longtemps retardé la solution des problèmes qui ont trait à la géographie médicale. Les connaissances qu'elle exige sont d'acquisition toute récente. Elles laissent sans doute encore beaucoup à désirer ; cependant, depuis un demi-siècle la pathologie exotique a été l'objet d'assez de recherches et de travaux intéressants pour qu'on puisse les utiliser au profit de la question qui nous occupe. Aucun auteur, avons-nous dit, n'a encore voulu se charger de cette tâche. Boudin, dont nous apprécions, plus que personne, l'érudition

¹ Ferrus, *Dictionnaire de médecine ou Répertoire général des sciences médicales*. Article *Endémie*, t. III, p. 511. Paris, 1859.

et l'esprit d'initiative, a reculé devant la difficulté qu'elle présentait ; il a consacré, dans son *Traité de géographie médicale*¹, un livre tout entier aux maladies endémiques, mais sans chercher à en tracer le cadre. Il s'est borné à passer en revue, dans soixante-six chapitres, toutes les affections qui lui ont paru présenter un rapport plus ou moins éloigné avec le titre de son ouvrage. Il y a fait entrer les infirmités et les vices de conformation, et, pour s'épargner la peine de créer une classification, il a adopté l'ordre alphabétique. On voit figurer côte à côte, dans cet étrange dictionnaire, le cancer, le choléra et la claudication, l'acrodynie et l'aliénation mentale, la faiblesse de constitution et la fièvre jaune, l'hépatite et les hernies, la peste et la phthisie pulmonaire, la suette et la surdi-mutité, etc. On y trouve décrites des maladies qui n'en sont pas, et qui n'ont été introduites dans le cadre nosologique que par des erreurs d'observation, d'autres qui ne sont que des symptômes ou d'insignifiantes variétés de maladies déjà connues. Il s'est contenté de reproduire, à leur égard, ce qu'en ont dit les auteurs qui les ont inventées, sans un mot de critique, sans formuler une opinion sur les questions litigieuses. M. Lévy lui-même ne s'est pas laissé tenter par un sujet qui rentrait si naturellement dans le cadre de ses études favorites, et que l'étendue de ses connaissances, son jugement si droit et si sûr lui auraient permis d'éluider, comme il l'a fait pour tant d'autres. Dans la dernière édition de son *Traité d'hygiène*², à l'article *Endémies*, il se borne à reproduire son premier travail, avec quelques additions sans importance ; il se contente, à l'exemple de Finke, de Schnürer, de Virey, de Ferrus, de Delaberge et Monneret, d'énumérer, en suivant l'ordre géographique, les maladies qui passent pour les plus fréquentes en Europe, en Asie, en Afrique et en Amérique. Cette méthode peut convenir dans un traité de topographie médicale ; mais, quand il s'agit de circonscrire un groupe pathologique, elle a l'inconvénient de tout confondre, elle ne permet pas de séparer les maladies endémiques de celles qui ne le sont pas ; elle a l'inconvénient plus grave de leur assigner des limites trop absolues et souvent arbitraires. Les grandes en-

¹ J. Ch. Boudin, *Traité de géographie et de statistique médicale et des maladies endémiques*, liv. V, t. II, p. 295. Paris, 1857.

² Michel Lévy, *Traité d'hygiène publique et privée*, t. II, p. 555. 5^e édition. Paris, 1869.

démies sont éparses dans le monde entier ; pour en présenter le tableau, en passant d'une contrée à l'autre, il faut se résoudre à des répétitions sans nombre, ou tomber dans de graves erreurs. Il est donc indispensable d'entrer dans une autre voie et de chercher ailleurs les bases d'une classification plus pratique. C'est le parti que nous avons pris, sans nous en dissimuler les difficultés.

Tous les groupes nosologiques sont artificiels ; les caractères qui les distinguent n'ont pas la fixité de ceux qu'on prend pour base en zoologie. Les classifications elles-mêmes ne sont que des moyens de faciliter l'étude ; il ne faut pas leur demander une rigueur que ne comporte pas leur objet, et mieux vaut encore en adopter d'imparfaites que de laisser indéfiniment dans le vague des questions qu'il est possible d'élucider. Ces réserves faites, nous allons nous efforcer d'abord de préciser nettement le caractère fondamental des maladies endémiques et d'éliminer de leur cadre toutes celles qui ne le présentent pas. Nous tâcherons ensuite de classer d'après leurs affinités naturelles les affections que nous croirons devoir maintenir dans ce groupe ; nous nous livrerons, enfin, à l'étude de chacune des classes que nous aurons établies, en nous bornant à envisager les espèces morbides au point de vue nosographique, le seul qui concerne notre sujet.

L'expression de *maladies endémiques* offre un sens assez précis pour tout le monde. Dérivée de deux mots grecs ($\epsilon\nu$, dans, et $\delta\eta\mu\omicron\varsigma$, peuple), elle n'a pas été détournée de son acception étymologique, un peu vague, il est vrai, et s'applique aux maladies qui appartiennent en propre à certains pays et y sont entretenues par des causes locales permanentes, mais susceptibles d'acquérir par moments un surcroît d'activité. Elles diffèrent des maladies *épidémiques* en ce qu'elles ont droit de domicile dans la région qu'elles occupent, tandis que les épidémies ne font qu'y passer ; elles se distinguent des maladies *sporadiques* ou disséminées en ce que celles-ci n'attaquent que des individus isolés et se montrent indifféremment en tout temps et en tout lieu. Il ne suffit donc pas, pour ranger une individualité morbide dans le groupe des *endémies*, qu'elle soit plus fréquente dans un pays que dans un autre ; sans cela, il faudrait y englober la pathologie tout entière, et c'est, à peu de chose près, ce qu'ont fait les auteurs qui sont partis de l'ordre géo-

graphique ; il faut, de plus, qu'elle ait sa raison d'être dans les conditions spéciales de la région où elle sévit. Ces conditions tiennent le plus souvent au sol, aux émanations qui s'en dégagent, aux êtres organisés qu'il nourrit. Presque toutes les endémies sont ou des maladies miasmatiques, ou des empoisonnements, ou des affections parasitaires, mais elles ont ce lien commun qu'elles sont toujours inhérentes à la localité. Ce caractère est plus important que la circonscription géographique, car, ainsi que nous le verrons bientôt, il est peu de maladies endémiques qu'on ne retrouve, à de grandes distances et dans des contrées essentiellement différentes de situation et de climat. Cette permanence dans les causes entraîne l'uniformité dans les phénomènes. Les maladies endémiques présentent, dans leurs retours périodiques, dans leur topographie et jusque dans leurs symptômes, une régularité que n'ont pas les autres, et qui les distingue des maladies sporadiques, dont la variabilité forme le caractère essentiel. Liées le plus souvent à des influences météorologiques, celles-ci sont mobiles comme l'atmosphère dont elles dépendent ; elles frappent au hasard, sans acception de temps ni de lieu, sans qu'on puisse saisir d'enchaînement régulier entre leur manifestation et leur cause. Les maladies épidémiques en diffèrent également par la soudaineté de leur explosion, la rapidité de leurs progrès et l'étendue de leurs ravages. Elles éclatent à l'improviste, s'étendent de proche en proche, passent sur les populations qu'elles déciment, et disparaissent sans qu'on puisse prévoir ni conjurer leur retour.

Les *endémies* ont un foyer constant dont elles ne franchissent qu'exceptionnellement les limites ; quelques épidémies ont aussi leur point de départ habituel, mais elles l'abandonnent pour irradier dans tous les sens, en suivant la direction des courants humains, et à la faveur d'une transmissibilité incontestable.

Ces principes admis, si nous en faisons l'application à la longue liste des maladies endémiques admises par les auteurs que nous avons cités, nous serons conduit à en éliminer d'abord les affections qu'on trouve partout, sans qu'on puisse attribuer leur degré de fréquence relative à des causes locales particulières. Telles sont : la *pneumonie*, le *rhumatisme*, la *phthisie*, la *scrofule*, le *diabète*, l'*albuminurie*, la *folie*, l'*hystérie*, l'*hy-*

pochondrie, le *spleen*, le *suicide*, etc. Nous en retrancherons également les maladies à migrations lointaines, telles que la *fièvre jaune*, la *peste* et le *choléra*¹. Elles ont sans doute un point de départ à peu près constant, une sorte de foyer endémique, mais il n'est pas permanent; mais leur caractère dominant est l'épidémicité, et elles le conservent même dans le lieu où elles prennent naissance. Enfin, nous en ferons disparaître à leur tour la plupart de ces affections exotiques auxquelles nous avons fait précédemment allusion, et dont tous les auteurs reproduisent les noms barbares sans se demander ce qu'il y a derrière. Avant de leur assigner une place dans le cadre nosologique, il faut attendre que la science soit fixée à leur égard par des observations plus concluantes, et, dans le doute, mieux vaut y laisser subsister quelques lacunes que d'y introduire une erreur.

II. Ainsi limité, le cadre des endémies est encore trop vaste, et surtout trop peu homogène, pour qu'on puisse l'étudier en bloc. A part le caractère fondamental que nous lui avons assigné, ces maladies n'ont entre elles aucun lien commun. Des individualités morbides aussi dissemblables que les *fièvres intermittentes*, le *béri-béri*, la *pellagre*, le *goître*, le *dragonneau*, la *lèpre*, le *bouton d'Alep*, ou l'*ophthalmie purulente*, ne se prêtent à aucune vue d'ensemble. Étiologie, symptômes, pronostic, prophylaxie, tout diffère, et les auteurs qui ont voulu les englober quand même dans une description commune auraient dû s'apercevoir que les traits généraux qu'ils leur assignaient ne s'appliquaient qu'au plus petit nombre d'entre elles. Pour éviter de tomber dans cet inconvénient, il faut donc les classer d'après leurs affinités naturelles, et, bien que l'étiologie soit l'élément le plus problématique, dans l'histoire des maladies, c'est cependant la seule base rationnelle sur laquelle on puisse s'appuyer.

Presque toutes les maladies endémiques, avons-nous dit, ont leur point de départ dans le milieu ambiant; les unes sont produites par des *miasmes* dont l'air est le véhicule et l'appareil respiratoire la voie d'absorption; d'autres proviennent d'une nourriture *insuffisante* ou *exclusive*, de principes *toxiques* con-

¹ La fièvre jaune et la peste n'en rentrent pas moins dans la classe des maladies qui confèrent aux veuves le droit à une pension, conformément aux dispositions de la loi du 18 avril 1851.

tenus dans les aliments ou dans les boissons et introduites dans l'économie par l'absorption digestive. Un certain nombre sont d'*origine parasitaire*, quelques-unes de *nature virulente*. On y trouve enfin des affections qui se rapprochent des précédentes par leurs symptômes, sans qu'il soit encore permis de les rattacher aux mêmes causes et sans qu'on puisse leur en assigner d'autres.

En partant de cet ordre d'idées, on peut donc les diviser en cinq classes :

- I^e CLASSE. *Maladies endémiques d'origine miasmatique.*
- II^e — *Maladies endémiques causées par un vice de l'alimentation.*
- III^e — *Maladies endémiques d'origine parasitaire.*
- IV^e — *Maladies endémiques de nature virulente.*
- V^e — *Maladies endémiques dont la cause est encore inconnue.*

I^e classe. — MALADIES ENDÉMIQUES D'ORIGINE MIASMATIQUE.

L'air atmosphérique est l'agent le plus puissant de la transmission des maladies. Son action est incessante et soustraite à l'empire de la volonté. Quelque délétère que soit le milieu que l'homme habite, il est forcé, sous peine d'asphyxie immédiate, de respirer cet air contaminé, dont l'influence est d'autant plus dangereuse qu'elle échappe à ses sens, que l'absorption pulmonaire est extrêmement active et qu'elle porte directement l'agent toxique dans le torrent circulatoire. Aussi les maladies miasmatiques sont-elles les plus meurtrières de toutes. C'est à cette catégorie qu'appartiennent les grandes épidémies et la classe la plus importante des maladies endémiques, celle qu'on a toujours en vue dans les descriptions générales et par laquelle nous allons commencer. Elle renferme :

1^o *L'intoxication paludéenne*, comprenant les *fièvres intermittentes* de tous les types, les *fièvres rémittentes* et *pseudo-continues*, les *fièvres pernicieuses* de toutes les formes, la *rémittente bilieuse des pays chauds*, la *fièvre ictéro-hémorrhagique*, la *cachexie paludéenne* avec les engorgements viscéraux et les hydropisies qui l'accompagnent. C'est à elle que se rapportent toutes ces pyrexies désignées sous le nom de *fièvre des polders*,

de *malaria*, de *fièvre des jungles*, du *Scinde*, de *Guzerat*, de *Myzore*, du *Bengale*, du *Deccan*, etc., etc. C'est, de toutes les endémies, la plus commune et la mieux connue. Rien n'est obscur dans son histoire. L'étiologie est incontestée, la relation de cause à effet évidente. Si la nature de l'agent toxique nous échappe encore, nous connaissons les conditions dans lesquelles il se produit, l'étendue de sa sphère d'action, la manière dont il pénètre dans l'organisme et les accidents qu'il amène. La prophylaxie est certaine et n'a de limite que dans la puissance des moyens dont nous disposons pour faire disparaître ses foyers endémiques. Enfin le spécifique est trouvé. Son efficacité est telle qu'il sert de pierre de touche au diagnostic et qu'il a donné son nom au groupe de maladies qu'il a le pouvoir de guérir. On les désigne sous le nom de *fièvres à quinquina* pour les distinguer d'autres pyrexies analogues qui échappent à son action.

Étroitement liée à l'existence de ses foyers de production, l'*endémie paludéenne* ne franchit jamais leurs limites. Elle y acquiert parfois un surcroît d'activité sous l'influence de causes occasionnelles, telles que les inondations, les débordements des fleuves, des pluies abondantes succédant à de longues sécheresses, une élévation exceptionnelle de température, mais on ne la voit jamais se répandre au loin, comme les maladies épidémiques, parce que le principe infectieux qui l'a fait naître n'est pas de nature à se reproduire au sein de l'organisme, parce qu'il n'est pas transmissible.

Ce caractère de premier ordre les sépare d'un groupe de maladies qui s'en rapprochent à certains égards et qu'on a l'habitude de ranger parmi les maladies endémiques. Nous voulons parler de ces fléaux essentiellement migrants, dont la *peste*, le *choléra* et la *fièvre jaune* nous offrent les exemples les plus saillants. La peste passe pour endémique en Orient, le choléra dans l'Inde, la fièvre jaune au fond du golfe du Mexique. C'est en effet de là que partent les épidémies; mais quand on examine avec attention la manière dont elles y prennent naissance, on reconnaît que leur explosion s'opère avec une soudaineté et une violence qui contrastent avec les allures plus régulières des endémies et qu'elles n'ont pas ce caractère de permanence qui distingue essentiellement celles-ci.

La *fièvre jaune* est plus fréquente au Mexique que partout

ailleurs, mais elle n'y règne pas en tout temps. Les statistiques du docteur Bouffier lui ont prouvé que même dans cette ville qui passe à juste titre pour son théâtre de prédilection, elle procède par bouffées épidémiques que séparent des intervalles de calme parfait. Ces rémissions sont souvent de courte durée, mais elles sont toujours très-appreciables, et notre collègue en cite deux qui se sont prolongées, l'une pendant 52 mois et l'autre pendant 55.

« En somme, dit-il, à la Vera-Cruz comme aux petites Antilles, il s'écoule parfois des années entières sans qu'on observe un seul cas de *vomito*; l'endémicité n'y existe donc pas dans l'acception propre du mot¹. » Telle est aussi notre opinion.

La *peste* nous paraît dans le même cas. S'il était possible de reconstituer son passé avec la même exactitude, de remonter la série des siècles jusqu'au grand débordement de 542, qui dura 52 ans et fit plus de cent millions de victimes, nous sommes convaincu qu'on retrouverait les mêmes rémissions, les mêmes alternatives d'apaisement et de recrudescence, les mêmes disparitions momentanées suivies de retours imprévus. A défaut d'une observation de treize cents ans, l'expérience des temps modernes vient à l'appui de l'opinion que nous défendons. La peste a reculé devant la civilisation, comme elle avait marché à la suite de la barbarie. Tous ses prétendus foyers d'endémicité ont disparu les uns après les autres; il n'en reste plus un seul aujourd'hui. Cependant, on la voit encore se montrer de temps en temps sous la forme épidémique, même dans des contrées où elle n'a jamais eu de foyer, où elle n'a jamais pénétré que par voie d'importation.

Enfin, le *choléra* est également une maladie épidémique par excellence. On en observe sans doute quelques cas dans l'Inde à peu près en tout temps; mais, sans vouloir établir, à l'exemple d'Anglada, une différence radicale entre ce choléra sporadique et celui qui vient de temps en temps ravager nos contrées, il est permis de penser que ce dernier n'est pas une extension de l'autre. S'il en était ainsi, sa marche serait bien différente. On le verrait d'abord redoubler d'intensité dans son foyer endémique, y multiplier le nombre de ses victimes, puis se répandre,

¹ Bouffier, *Considérations sur les épidémies de fièvre jaune et les maladies de la Vera-Cruz, pendant la première moitié du dix-neuvième siècle.* — In *Archives de médecine navale*, t. III, p. 522.

comme un vase trop plein, sur les régions voisines, et s'étendre de proche en proche sur le monde tout entier. Ce n'est jamais ainsi que les choses se passent. Lorsqu'une grande épidémie vient à naître, son explosion est soudaine, son intensité effrayante dès le début. Ce n'est pas dans un grand centre de population, dans un foyer endémique qu'elle éclate, c'est le plus souvent dans un de ces lieux déserts où la superstition fait affluer à époques fixes des millions de pèlerins accourus de tous les points de l'Asie. Les grandes fourmilières de l'Inde se déplacent et convergent sur un même point. L'encombrement insensé qui en résulte, la malpropreté, l'insouciance de ces populations, l'oubli le plus absolu des lois les plus élémentaires de l'hygiène, tout concourt à la fois pour créer instantanément un foyer d'infection d'une intensité incomparable. C'est alors que le choléra s'allume et qu'il éclate dans toute sa violence, sans menace, sans phénomènes précurseurs, sans gradation. En quelques jours, les victimes se comptent par milliers; la foule se disperse, elle emporte la maladie avec elle, la répand partout sur son passage, et le monde est ravagé. Rien n'existait auparavant dans ce désert où elle a pris naissance, rien ne l'arrêtera plus désormais. Le principe qui l'a fait naître s'est-il développé spontanément sous l'influence de toutes ces causes, l'étincelle qui alluma cet incendie a-t-elle été apportée du dehors par quelque pèlerin contaminé? C'est une question que nous ne voulons pas aborder, nous avons eu seulement pour but de faire ressortir le caractère si franchement épidémique du choléra, de signaler les différences qui séparent ces grandes maladies nomades des endémies et de justifier le parti que nous avons pris en les rejetant de notre cadre.

2° La *dysenterie* et l'*hépatite* nous paraissent au contraire devoir y prendre place à côté de l'intoxication paludéenne, dont dont elles sont les compagnes habituelles. Ces maladies se rencontrent, il est vrai, à l'état sporadique, dans tous les pays à température élevée. Sous la zone torride tout entière, dans les localités les plus salubres, on observe en tout temps des flux intestinaux constitués par des mucosités sanguinolentes, mais cette affection catarrhale, qui est pour les pays chauds ce que la bronchite est pour les pays froids, qui reconnaît les mêmes causes et présente le même caractère de bénignité, n'a de commun que ces symptômes extérieurs avec la redoutable endémie

dysentérique que nous avons en vue et qu'on regarde, à juste titre, comme la plus meurtrière des maladies aiguës.

L'hépatite aiguë se retrouve également dans toutes les régions où une élévation considérable de température exagère l'activité fonctionnelle du foie en diminuant celle de l'appareil respiratoire; elle peut même se terminer par suppuration et exposer le malade aux conséquences redoutables d'un vaste abcès intra-abdominal, mais elle se distingue encore par la franchise de ses allures de cette hépatite spécifique à marche insidieuse qu'on voit éclore à côté de la dysenterie, dans les contrées insalubres de la zone torride. Nous partageons donc, à l'égard de ces deux maladies, l'opinion de ceux de nos collègues qui en ont fait une étude spéciale. Nous n'hésitons pas à les considérer avec Dutroulau¹ comme des maladies infectieuses, à les ranger avec Delieux de Savignac² parmi les intoxications, et c'est à ce titre que nous les avons comprises dans le groupe des endémies d'origine miasmatique.

Plus meurtrières que les épidémies elles-mêmes parce qu'elles frappent en tout temps, les maladies de cette classe dominent la pathologie des pays chauds; elles sont le fléau des régions torrides. C'est là qu'on les voit régner de concert, se succéder, se compliquer et déterminer, par leur action simultanée ou successive, cette redoutable cachexie dont les Européens, à leur retour des colonies, conservent si longtemps l'empreinte. Ces liens de parenté sont tellement étroits qu'ils semblent dénoter une origine commune et qu'ils ont fait naître, dans l'esprit de toute une génération médicale, la pensée de les rattacher à une même cause et de les considérer comme des manifestations diverses de l'empoisonnement paludéen. Cette doctrine nous est venue de l'Algérie, à la suite de la réaction qui s'y est produite contre les exagérations du système de Broussais. C'est dans les ouvrages de Boudin³ qu'on la trouve le plus nettement formulée. Pour lui, toutes les maladies des pays chauds, les fièvres de tous les types, la dysenterie, l'hépatite, le choléra, la peste, la fièvre jaune ne sont que des formes variées, que des degrés divers de l'intoxication produite par le miasme des marais. Absorbé par

¹ A.-F. Dutroulau, *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds (régions tropicales)*, 2^e édition, p. 565. Paris, 1868.

² Delieux de Savignac, *Traité de la dysenterie*, p. 304. Paris, 1865.

³ J.-Ch.-M. Boudin, *Traité des fièvres intermittentes*. Paris, 1842.

la muqueuse pulmonaire et porté directement dans le torrent circulatoire, il agit d'abord sur le sang, dont il détruit l'élément globulaire, et sur la rate dont il détermine le gonflement. La fièvre qui s'allume alors n'est autre chose que la réaction de l'organisme contre le poison qu'il s'efforce d'éliminer ; la durée, la violence de l'accès est en raison directe de l'intensité de l'intoxication ; plus elle est énergique et plus le type se rapproche du continu. C'est sous la zone torride, où l'élévation extrême de la température décuple son activité, que les fièvres rémittentes et pseudo-continues s'observent de préférence, que les accès pernicioeux se montrent sous leurs formes les plus redoutables. Ceux-ci servent de transition entre les fièvres palustres et celles qu'on a improprement désignées sous le nom de *typhus*. La fièvre *ictéro-hémorrhagique* est un degré intermédiaire entre la *rémittente bilieuse* et la *fièvre jaune*, dont elle reproduit presque tous les symptômes. L'accès pernicioeux cholériforme ressemble à s'y méprendre à une attaque de choléra. La différence n'est plus qu'une affaire de dose, et lorsque celle-ci est trop considérable, la mort arrive, comme dans les empoisonnements froids, sans que la réaction ait pu se produire. L'hépatite et la dysenterie s'expliquent également par l'élimination de l'agent toxique, dont l'action se porte alors sur les appareils qui en sont chargés et détermine tantôt l'inflammation ulcéralive ou même la gangrène du gros intestin, tantôt l'inflammation et la suppuration du foie.

Cette doctrine d'une simplicité séduisante ne faisait que substituer une exagération à une autre, toutefois elle contenait un assez grand fond de vérité pour se faire accepter ; surtout elle donnait en thérapeutique des résultats si satisfaisants, lorsqu'on les comparait aux désastres produits par la médication antiphlogistique, qu'elle ne tarda pas à se répandre. Pendant de longues années, elle a servi de guide à nos confrères des colonies, et le sulfate de quinine a été considéré comme la panacée de toutes les maladies des pays chauds. Dutroulau a été un des premiers à réagir contre cette théorie exclusive ; elle ne compte plus aujourd'hui que de rares partisans. Nous avons déjà fait ressortir la différence qui sépare les fièvres palustres cantonnées dans leurs foyers d'endémicité et dont l'élément infectieux n'est pas transmissible, de ces fléaux nomades qui éclatent en dehors de toute influence maremmatique, qui une fois nés se suffisent

à eux-mêmes et portent avec eux, dans leurs migrations, les éléments de leur reproduction ; nous ne croyons pas davantage à la nature palustre de la dysenterie et de l'hépatite. Il est inutile de faire ressortir tout ce qu'il y a de forcé dans l'explication que nous avons exposée, d'insister sur les différences qui séparent ces affections, au point de vue de la symptomatologie et des lésions anatomiques, d'opposer la chloro-anémie paludéenne, avec sa bouffissure, ses infiltrations séreuses, au marasme dysentérique, à la cachexie hépatique; leur distribution géographique suffit pour prouver qu'il n'y a pas entre elles une communauté d'origine. La dysenterie et l'hépatite s'observent dans des localités où on ne trouve pas de marais, où il ne règne pas de fièvres intermittentes ; celles-ci sévissent, au contraire, avec la plus grande intensité, dans des régions où la dysenterie et l'hépatite sont à peu près inconnues. L'intoxication paludéenne est la maladie endémique la plus répandue à la surface du globe. Son domaine géographique s'étend depuis le 60^{me} degré de latitude nord, jusqu'au 55^{me} degré de latitude sud. Ses foyers sont disséminés sur toute cette immense zone et, bien que la civilisation en fasse chaque jour disparaître quelques-uns, il n'est pas de contrée comprise entre ces limites qui n'en renferme un certain nombre. La dysenterie est moins commune ; les régions où elle règne d'une manière constante sont resserrées dans un plus petit espace. L'hépatite est plus rare encore et le nombre de ses victimes beaucoup plus restreint.

Ces maladies se distinguent encore par un autre caractère qui n'est pas sans importance à notre point de vue. Les fièvres intermittentes et l'hépatite ne sortent jamais de leurs foyers d'endémicité, la dysenterie au contraire éclate souvent en dehors de leur influence. Elle se montre parfois à l'état épidémique, dans les camps, les villes assiégées, à bord des navires à la mer, dans les campagnes en temps de disette, où il se crée alors, de toutes pièces, un foyer d'infection analogue à celui qui engendre les épidémies. La dysenterie se comporte comme elle et revêt aussi le caractère contagieux. Elle peut donc être tour à tour, et suivant les circonstances, sporadique, endémique ou épidémique ; elle nous fournit une preuve de la difficulté avec laquelle les maladies se prêtent à la régularité des classifications nosologiques.

Des différences aussi capitales nous paraissent suffire pour

repousser une communauté d'origine ; mais, ce point une fois admis, la solution du problème étiologique n'en devient que plus difficile. Comment se fait-il que des affections également infectieuses puissent se développer isolément ou se montrer réunies suivant les régions où on les observe ? Ce fait doit trouver son explication dans la constitution même des foyers endémiques. Ils ne sont évidemment pas de même nature. Les eaux qui les alimentent, le terrain qui les supporte, la flore qui les couvre, tout diffère suivant les lieux, et c'est dans l'analyse de ces éléments qu'on devra trouver un jour l'explication de leur action différente. En attendant que la science soit en mesure de la fournir, on ne peut faire que des suppositions, et voici celle qui nous paraît la plus plausible. Les fièvres paludéennes apparaissent partout où des débris végétaux se décomposent dans des eaux stagnantes sous une température suffisamment élevée ; c'est là ce qui explique l'immense étendue de leur domaine géographique. La dysenterie au contraire semble plus particulièrement produite par des émanations animales ; c'est du moins incontestable lorsqu'on la voit naître dans les camps, les prisons, les villes assiégées, à bord des navires. D'un autre côté, les points du globe où l'intoxication paludéenne règne seule sont en général des terrains d'alluvion sillonnés de cours d'eau, des terres basses couvertes de grandes herbes, des savanes que les eaux n'abandonnent jamais, tandis que les contrées où les fièvres intermittentes, la dysenterie et l'hépatite sévissent à la fois sont pour la plupart des pays à saisons nettement tranchées, où les pluies périodiques et les inondations qu'elles amènent sont suivies de longs mois d'une sécheresse absolue. N'est-il pas permis de penser que, si les fièvres intermittentes règnent seules dans le premier cas, c'est qu'il ne se dégage de ces terrains toujours noyés et couverts de plantes que des miasmes de nature végétale, tandis que dans le second les émanations qui infectent l'air sont le produit complexe de toutes les décompositions organiques qui s'opèrent lorsque les eaux se retirent, et que les myriades d'animaux et de végétaux qu'elles avaient fait naître, au sein de ces vastes marais, meurent et se putréfient à la fois dans une vase fétide, sous les rayons du soleil des tropiques ?

En somme, et quelque valeur qu'on puisse attacher à cette interprétation, les faits qui précèdent suffiront, nous l'espérons,

pour justifier la place que nous avons assignée dans notre cadre à ces maladies que leur fréquence et leur gravité devait y placer au premier rang.

Pour en finir avec ce groupe, il nous reste à parler encore d'une maladie que tous les auteurs s'accordent à y faire entrer.

3° La *suette miliaire*, ou suette des Picards, disent Monneret et Fleury¹, a pris domicile en France, vers 1718, pour y rester endémique dans certaines contrées. Elle envahit, à cette époque, la Picardie et la Normandie et, depuis lors, elle y a fait de fréquentes apparitions. On l'a observée également dans l'Orléanais, le Soissonnais, le Bourbonnais, en Auvergne, en Alsace, en Provence et dans le Languedoc. Elle paraît même s'être fixée dans cette dernière province. « Pour ne parler que de notre zone méridionale, dit Anglada, les occasions de l'observer, qui se renouvellent assez souvent depuis quelques années, montrent qu'elle s'y est établie en permanence, abstraction faite de ses reprises épidémiques qui éveillent de temps à autre les préoccupations plus sérieuses des médecins. Elle paraît trouver dans le département de l'Hérault, des conditions favorables à son développement. Depuis 1864, certains arrondissements subissent l'influence d'une constitution stationnaire qui y perpétue cette maladie, à des degrés divers d'extension et de gravité². »

Devant de pareilles assertions, il est impossible de ne pas comprendre la suette dans le cadre des maladies qui font l'objet de cet article. Nous ferons remarquer toutefois que, même dans les pays où elle a élu domicile, c'est sous la forme épidémique qu'elle se montre presque toujours. Depuis l'époque de son apparition sur le sol français, on n'y compte pas moins de 30 invasions, dont 17 pour la Picardie et la Normandie seulement, pendant le cours du dix-huitième siècle, et 7 depuis le commencement de celui-ci.

Sa cause déterminante n'est pas connue. Les médecins qui ont été témoins de ces nombreuses épidémies en ont vainement cherché l'explication dans les qualités du sol et de l'atmosphère, dans l'hygiène particulière des populations envahies, dans les conditions d'âge, de sexe et de tempérament. Cette étude ne leur a rien appris de positif. Rayer a cependant re-

¹ *Compendium de médecine pratique*, t. VII, p. 589. Paris, 1846.

² Charles Anglada, *Étude sur les maladies éteintes et les maladies nouvelles*, p. 494. Paris, 1869.

marque, dans les départements de l'Oise et de Seine-et-Oise, en 1821, que la maladie débutait toujours par les villages entourés d'eaux putrides et stagnantes, qu'elle suivait dans sa progression l'inclinaison du sol et la direction des vents, et qu'elle se cantonnait exclusivement dans les vallées à fond tourbeux. Ces considérations l'ont conduit à l'attribuer à l'air vicié¹. Les auteurs du *Compendium de médecine* la rangent dans la classe des fièvres, à côté de la variole, de la rougeole et de la scarlatine. C'est en effet la place qui semble le mieux lui convenir et c'est à ce titre que nous l'avons rangée parmi les maladies endémiques de nature infectieuse.

L'importance de cette première classe justifiera sans doute l'étendue des considérations auxquelles nous nous sommes livré à son égard. Les autres sont loin d'offrir le même intérêt et surtout de se prêter aussi naturellement à des vues d'ensemble, aussi serons-nous forcé de les étudier avec plus de détail ; nous ne les envisagerons toutefois que sous les deux points de vue qui rentrent directement dans le plan de notre travail, la sphère d'endémicité et l'étiologie dans ses rapports avec la classification que nous avons adoptée.

II^e classe. — MALADIES ENDÉMIQUES CAUSÉES PAR UN VICE DE L'ALIMENTATION.

Après l'air atmosphérique, les aliments et les boissons sont la cause la plus fréquente des affections endémiques ; il est donc naturel de placer les intoxications alimentaires immédiatement après les intoxications miasmatiques. Elle n'ont pourtant ni la même gravité, ni la même constance ; leur marche est aussi moins rapide. Personne, ainsi que nous l'avons dit, ne peut se soustraire à l'influence de l'air vicié, tandis qu'il est possible de se prémunir contre les dangers de l'alimentation. Lorsqu'une des maladies qu'elle cause règne dans une localité, tous ses habitants n'y sont pas également exposés. Le degré d'aisance, les professions, les précautions prises ont ici l'influence la plus marquée et peuvent créer de véritables immunités. Souvent le mal n'atteint qu'une classe en particulier. Son développement est plus lent ; il consiste plutôt dans une

¹ Rayet, *Histoire de l'épidémie de suette miliaire qui a régné en 1821 dans les départements de l'Oise et de Seine-et-Oise*. Paris, 1822.

détérioration lente de l'organisme que dans un empoisonnement aigu. Ces conditions rendent l'étiologie plus difficile. La relation de cause à effet n'est pas aussi évidente, et lorsqu'on aborde cette étude, on sent la nécessité de se montrer moins affirmatif. Aussi sommes-nous loin de présenter comme des vérités démontrées les opinions que nous allons émettre au sujet de plusieurs de ces affections. Il est une règle qui nous a toujours servi de guide dans l'interprétation de ces problèmes étiologiques, et que nous devons énoncer tout d'abord : Toute maladie à caractères bien tranchés, se présentant en tous lieux et chez tous les individus, avec la même expression et les mêmes symptômes, doit reconnaître une cause unique et spéciale comme les effets qu'elle produit. Lorsque la science est réduite, pour l'expliquer, à frapper à toutes les portes, à invoquer à la fois toutes ces influences banales qui défrayent l'étiologie de tant d'affections différentes, on peut tenir pour certain qu'elle fait fausse route, que la cause véritable lui échappe et qu'il faut la chercher en dehors de ces lieux communs. Quand une fois on l'a trouvée, son évidence frappe tous les yeux et la science a fait un grand pas de plus. Notre époque s'honore déjà de nombreuses découvertes de ce genre et la classe des endémies parasitaires nous en offrira plus d'un exemple : malheureusement le mode d'investigation qui a permis de les réaliser ne peut pas s'appliquer à la solution de tous les problèmes ; mais si l'observation clinique et l'induction ne fournissent pas des résultats aussi palpables, elles peuvent le plus souvent conduire à une somme suffisante de probabilités pour qu'on puisse s'en contenter en réservant les droits de l'avenir. Nous avons cru devoir faire ces réserves avant d'aborder le terrain difficile sur lequel nous allons marcher.

Les endémies causées par un vice de l'alimentation peuvent se diviser en trois catégories : 1° Les unes sont dues à son insuffisance, à l'absence de certains éléments indispensables à la nutrition, quelquefois à l'usage d'une diète exclusive. Le *scorbut* et le *béribéri* nous en offriront des exemples. 2° D'autres sont produites par un principe toxique inhérent à l'aliment principal de la population sur laquelle elles sévissent. L'*ergotisme* et la *pellagre* en sont les types les mieux accentués. 3° Quelques-unes enfin résultent de l'ingestion habituelle d'un poison qui se mêle aux aliments ou aux boissons. A celles-là

se rapportent un certain nombre de maladies que nous rattacherons à l'*intoxication saturnine*.

I. Le chiffre de la population d'un pays se règle sur celui de sa production alimentaire. Lorsque celle-ci décroît par suite de l'insuffisance ou de la mauvaise qualité des récoltes, le nombre des décès s'élève, celui des naissances s'abaisse. Cette influence dépeuplatrice pèse particulièrement sur les classes pauvres. Personne aujourd'hui ne meurt littéralement de faim, mais tout le monde souffre et les faibles succombent. S'il ne s'agit que d'une disette et que d'autres fléaux ne viennent pas s'y mêler, le déficit est prévu à l'avance, l'importation se charge de le combler et, dans tous les cas, il n'en résulte pas de maladie particulière. Il n'en était pas ainsi à l'époque où les différents peuples, où les différentes provinces d'un même État étaient séparées par des barrières administratives et par tout un système de prohibitions, où l'isolement des populations était entretenu par l'absence de relations commerciales et de voies de communication. Quand la récolte venait à manquer sur un point, ce n'était plus une disette, c'était la famine avec toutes ses horreurs. Les habitants des campagnes, après avoir consommé leurs faibles réserves, en étaient réduits à se nourrir, comme leurs bestiaux, de racines, de chardons, d'orties, à manger l'herbe des prairies, l'écorce des arbrisseaux, à se repaître en un mot de tout ce qui pouvait assouvir leur faim. Mais il arrivait un moment où ces tristes ressources s'épuisaient à leur tour ; alors une épouvantable mortalité venait donner la mesure du désastre. Il est encore des points du globe où de pareils faits se reproduisent de temps en temps ; c'est ce qui est arrivé en 1852 dans le pays des Khalkhas. Tout y périt : les animaux, quand ils eurent dévoré les maigres pelouses des montagnes, les hommes, quand ils eurent mangé les dernières racines extraites de la terre.

L'étude de ces fléaux n'est pas de notre ressort ; elle appartient à l'histoire de l'hygiène et, si nous les avons mentionnés, c'est qu'ils peuvent jeter quelque jour sur la solution des problèmes étiologiques que nous allons aborder. Toutes les fois que l'observation médicale a pu se porter sur les malheureuses victimes de ces famines historiques, elle a constaté les mêmes effets. Cette nourriture exclusivement végétale et qui ne convient qu'aux herbivores produit d'abord chez l'homme un état de

faiblesse et d'anémie qui aboutit rapidement à une diathèse séreuse générale, accompagnée d'œdème, d'infiltration des extrémités, d'épanchements dans les cavités splanchniques. C'est l'appauvrissement radical du sang par défaut de matériaux réparateurs et nous aurons bientôt l'occasion de faire ressortir les analogies qu'il présente avec les altérations qu'on voit se produire dans le cours des maladies que nous avons prises pour type de cet ordre d'endémies.

1° Le *scorbut*, comme la plupart des maladies populaires, s'éteint peu à peu, à mesure que le bien-être pénètre dans les masses ; mais, au dix-septième siècle, il avait pris des proportions telles, qu'il semblait devoir envahir toute la pathologie. Les médecins le voyaient partout. Il n'est peut-être pas aujourd'hui, disait Dolée, un seul homme qui en soit exempt. Cet engouement pour une maladie qu'on croyait nouvelle n'est pas le seul exemple des aberrations auxquelles peut conduire une idée préconçue ; mais, en faisant la part des exagérations, il prouve du moins qu'à cette époque le scorbut était assez commun pour imprimer son cachet à toutes les maladies régnantes. C'était, du reste, le temps des grandes explorations maritimes, et cette peste de la mer, comme l'appelle Lind, décimait les équipages et compromettait le succès des expéditions lointaines. Il sévissait également à terre, dans les camps, les villes assiégées, les prisons et les monastères ; il se répandait même parfois, à l'état épidémique, sur des contrées entières. Aujourd'hui, nous le voyons encore de temps en temps apparaître à bord de nos navires, mais sous une forme tellement atténuée, qu'elle ne peut plus nous rappeler le passé. Pour l'observer à terre, il faut aller le chercher dans le Nord. Il règne à l'état endémique depuis les régions polaires jusqu'au 55° ou 60° degré de latitude. On le rencontre, sous cet aspect, parmi les populations pauvres des bords de la mer du Nord et de la Baltique, en Irlande, en Suède, en Norvège et en Russie, dans les gouvernements de l'Ouest, du Nord, plus spécialement dans celui d'Olonetz. Il se place au premier rang des causes de décès, à côté de la dysenterie et des maladies de poitrine, chez les Samoièdes, qui habitent le littoral de la mer Blanche et de l'océan Glacial.

Cette localisation géographique semblerait indiquer que le froid et l'humidité en sont les causes principales, et les ravages qu'il a faits de tout temps sur les navires qui fréquentent les

mers polaires viennent encore confirmer cette manière de voir. Ce ne sont pourtant là que des circonstances adjuvantes ; la véritable cause, celle à laquelle il faut toujours remonter, réside dans l'insuffisance de l'alimentation, et surtout dans le manque de végétaux frais. Les pauvres pêcheurs des fiords de la Norvège, les habitants des côtes du Finmark et de l'océan Glacial ne vivent que du produit de leur chasse et de leur pêche, et, pendant une partie de l'année, ils ne mangent que du poisson salé, de la viande fumée ou desséchée ; les végétaux leur font complètement défaut : ceux que produit cette terre glacée ne sont pas comestibles, ce sont des mousses, des lichens croissant à regret sur un sol aride, au bord des grands marais tourbeux dont le pays est couvert. Si le scorbut est plus fréquent dans ces campagnes d'exploration aux mers polaires, cela tient surtout à ce que les équipages sont complètement privés de vivres frais, souvent pendant des années entières.

Ce vice de l'alimentation constitue la cause réelle du scorbut. Le froid, l'humidité, l'atmosphère viciée du bord, l'ennui, la tristesse, inséparables de ces longues campagnes, ont sans doute une grande influence sur sa marche et en aggravent notablement les effets, mais ils ne suffisent pas pour le produire ; ce fait est aujourd'hui passé à l'état de vérité démontrée. On a vu maintes fois la maladie se développer à bord de navires placés dans les meilleures conditions hygiéniques, mais privés de vivres frais depuis plusieurs mois. Nous l'avons vu nous-même, en 1842, éclater d'une manière assez inquiétante à bord d'un bâtiment dont nous étions le chirurgien-major, dans des conditions qui ne laissaient pas de place au doute. Nous naviguions depuis deux ans entre les tropiques, le navire était inondé de lumière, balayé par la brise dans toutes ses parties ; aucune cause de tristesse ne régnait à bord. Mais nous étions depuis longtemps à la mer, et la nourriture de l'équipage se composait exclusivement de vivres altérés par un long séjour dans la cale et par l'action constante d'une température élevée. La maladie commençait à prendre des proportions menaçantes, lorsque nous arrivâmes à la Réunion, où d'abondantes distributions de viande fraîche, de fruits et de légumes verts en firent promptement justice. Le fait du vaisseau *le Castiglione*, cité par Léon¹, et re-

¹ A. Léon, *Contributions à l'étiologie du scorbut*. — In *Archives de médecine navale*, t. IX, p. 290.

produit par M. Lévy et par A. Motard dans leurs traités d'hygiène, est encore plus probant, parce qu'il constitue une double expérience, en sens inverse, sur deux catégories différentes d'individus. Des observations analogues ont été faites, pendant la campagne de Crimée, à bord des navires mouillés dans la mer Noire et dans les rangs de nos soldats sous les murs de Sébastopol. Scrive, Jacquot, Baudens, attribuent tous l'apparition du scorbut à l'influence d'une alimentation trop uniforme et au manque de végétaux frais. C'est également l'opinion de Le Roy de Méricourt. L'altération spéciale du sang qui détermine cette maladie n'est pas, dit-il, due, comme on l'a cru, à l'usage des salaisons. Elles n'ont qu'une influence négative. Ce n'est pas parce qu'elle est imprégnée de chlorure de sodium que la viande ainsi conservée est nuisible, c'est parce qu'elle abandonne à la saumure une partie de ses principes nutritifs et que l'ébullition lui enlève le reste. La viande fraîche même ne suffit pas pour prévenir le scorbut ; on l'a vu survenir à bord de navires qui en étaient suffisamment pourvus. L'absence de fruits et de légumes à l'état frais en est donc la cause principale et leur usage constitue le meilleur des antiscorbutiques. Il y a plus d'un siècle que Bachstrom est arrivé à cette conclusion et les observations plus récentes en ont démontré l'exactitude ¹.

Si de la constatation du fait, nous remontons à son interprétation, nous la trouvons formulée de la manière la plus satisfaisante dans le *Traité d'hygiène navale* de Fonssagrives. « La nutrition, dit le savant professeur de Montpellier, souffre toujours, de quelques ressources alimentaires qu'elle dispose par ailleurs, si ces aliments sont soustraits depuis longtemps à l'influence de la vie. Il y a dans le sang qui vient de vivre, comme dans la séve qui vient de circuler, une puissance analeptique et restauratrice que rien ne remplace. Viandes et végétaux récents sont les deux antidotes du scorbut. Son apparition est imminente toutes les fois qu'ils manquent depuis longtemps ; qu'on le remarque bien, en effet, du moment que la vie a abandonné une substance organique alimentaire, la chimie y a pris sa place ; ses opérations moléculaires s'y font d'une manière sourde, occulte, lente mais réelle, et produisent des changements que la santé apprécie à merveille, bien avant cette grossière limite de la putréfaction

¹ Le Roy de Méricourt. Annotations à la 5^e édition du *Guide du médecin praticien*, de Valleix, art. xii, *Scorbut*, p. 552.

commençante qui frappe seule nos sens. Les conserves les plus parfaites sont dans ce cas ; leur état chimique n'est pas celui des aliments frais et la nutrition s'en aperçoit vite. Là est la part qu'il faut faire aux aliments dans la production du scorbut. Une nourriture insuffisante mais *fraîche* engendrera l'anémie ; une nourriture suffisante mais *en voie de décomposition chimique lente*, engendrera le scorbut ¹. »

Cette dernière distinction nous paraît fondamentale, et c'est pour arriver à l'établir que nous avons parlé d'abord de la cachexie aqueuse qu'amène la famine et qui nous présente cette anémie, cet appauvrissement du sang dans sa plus redoutable expression. Elle va nous servir également à expliquer le mode de production d'une autre maladie qui présente avec le scorbut une telle analogie que certains auteurs les considèrent comme de simples variétés d'une seule et même espèce morbide.

Le bériberi, beriberia (Bontius) ; *Barbiers* (Lind) ; *Ballismus* (Swediaur) ; *hydrops asthmaticus* (Rogers, 1808) ; *sunchlonus beriberia* (Mason Good, 1822) ; *Marine asthma* (H. J. Caster, 1847) ; *myelopathia tropica, scorbutica* (van O. de Meyer, 1865)², est une de ces maladies exotiques sur le compte desquelles la science n'a été fixée que depuis un petit nombre d'années. Jusqu'à l'époque où Fonssagrives et Le Roy de Méricourt s'en sont occupés, son histoire n'était guère mieux connue que celle de la *pinta*, du *senki*, de la *veruga* et d'une foule d'autres affections problématiques dont nous parlerons à la fin de ce travail et que nous avons été obligé d'éliminer de notre cadre faute de renseignements suffisants pour les y faire entrer. Les médecins anglais qui exercent dans l'Inde avaient eu seuls l'occasion de l'observer et leurs descriptions obscures et ne concordant pas entre elles n'étaient pas suffisantes pour faire cesser la confusion qui régnait à son sujet. Nos savants confrères sont parvenus, à l'aide d'une analyse sévère et en contrôlant les uns à l'aide des autres les documents incomplets qu'ils avaient à leur disposition, à tracer une histoire complète de cette affection énigmatique. Leur important mémoire ³ a servi de point de départ à

¹ J.-B. Fonssagrives, *Traité d'hygiène navale*. Paris, 1856.

² Voir pour l'historique et l'étude clinique de cette maladie, l'article *Bériberi*, par Le Roy de Méricourt, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. IX, p. 129.

³ Fonssagrives et Le Roy de Méricourt, *Mémoire sur la caractérisation noso-*

toutes les recherches ultérieures. Depuis cette époque, les médecins de la marine française attachés à l'immigration indienne ont eu l'occasion de l'observer, à plusieurs reprises, sous la forme épidémique, au sein des convois d'émigrants qu'ils transportaient aux Antilles. De leur côté, les médecins de ces colonies et ceux de l'Amérique du Sud, éclairés par les travaux de nos confrères, n'ont pas tardé à reconnaître le béri-béri dans quelques affections particulières aux populations noires de nos pays et notamment dans celle qu'on désigne à Cuba sous le nom de *maladie des sucreries*. Enfin, depuis quelques années, les médecins hollandais appelés à l'observer dans les possessions néerlandaises des Indes orientales ont publié sur cette intéressante maladie des travaux qui ont été reproduits ou analysés dans ce recueil. Nous renverrons le lecteur à ces publications diverses pour tout ce qui concerne l'étude clinique du béri-béri; nous ne nous en occuperons qu'au point de vue nosologique, en nous bornant à rechercher s'il doit être rangé parmi les maladies endémiques et s'il y a lieu de le classer parmi celles qui reconnaissent pour cause un vice de l'alimentation.

Le premier point est le plus contesté. Avant l'apparition des travaux que nous avons indiqués, le caractère endémique du béri-béri n'était mis en doute par personne. Le béri-béri, disaient en 1861 Fonssagrives et Le Roy de Méricourt, est une maladie qui appartient exclusivement au littoral de l'Inde. Trois ans plus tard, van Overbeck de Meijer exprimait encore la même opinion et lui assignait pour limites : au nord, la Chine et le Japon; au sud, l'île de la Réunion; à l'ouest, la mer Rouge; à l'est, l'île de la Nouvelle-Guinée¹. Il était en cela d'accord avec tous ses collègues de l'armée et de la marine hollandaise, ainsi qu'avec les médecins anglais. Depuis lors, on l'a, comme nous l'avons dit, observé à la mer, aux Antilles, à Bahia, à la côte d'Afrique, en Chine, au Japon, dans la Malaisie; il n'est donc plus possible de le parquer dans une zone géographique infranchissable. Il est certain, d'une autre part, que, s'il est incompa-

logique de la maladie connue vulgairement dans l'Inde sous le nom de béri-béri. — In *Archives générales de médecine*. Septembre, 1861.

¹ Van Overbeck de Meijer *le Béri-béri, description d'après les observations connues de nos jours et surtout d'après les rapports officiels des officiers de santé de la marine néerlandaise.* — In *Geneesk Tijds. v. d. Zeemagt*. 5^e année, n^o 1, p. 1, 1864.

rablement plus fréquent chez les Indiens, il n'épargne aucune race d'une manière absolue. On le rencontre chez des métis, chez des nègres, aux Antilles comme au Gabon, et chez les indigènes des contrées de l'Asie que nous venons d'énumérer. Il est également démontré qu'aucune condition climatérique n'est absolument indispensable à sa production, mais on peut en dire autant de la plupart des maladies que nous avons passées en revue et notamment du scorbut qui nous a occupé en dernier lieu. S'il fallait pour assigner le caractère endémique à une maladie qu'elle réponde à des conditions aussi exclusives, on n'en trouverait guère qui satisfît à ce programme. Le béribéri est incomparablement plus commun dans l'Inde que partout ailleurs ; il y rencontre au plus haut degré les conditions de sa production dans la débilité native, la paresse innée des indigènes, dans leur alimentation insuffisante surtout, et l'action énervante du climat vient s'y joindre encore ; il réunit donc les deux caractères que nous avons indiqués dans notre définition ; nous sommes par conséquent autorisé à le maintenir au rang des maladies endémiques.

Quant à l'étiologie, elle n'est douteuse pour personne. Tous les auteurs sont d'accord pour l'attribuer à l'insuffisance de l'alimentation. Le docteur Praeger, dans le mémoire qu'il vient de publier dans ce recueil ¹, démontre de la manière la plus péremptoire qu'il provient d'un appauvrissement du sang, que c'est une maladie d'inanition causée par l'absence totale ou partielle de certains éléments de la nutrition dans le régime quotidien et par la monotonie de la ration alimentaire. « Chez les indigènes, dit-il, le bilan d'assimilation et de désassimilation s'équilibre à peine. Dès que le travail augmente un peu, et que la débauche se met de la partie, ou que la nourriture fait un peu défaut, aussitôt le déficit se manifeste. »

Dans un travail que nous avons publié sur ce sujet, il y a cinq ans ², nous avons été conduit à adopter une opinion analogue, mais un peu trop absolue et à attribuer le béribéri à l'usage presque exclusif du riz dans l'alimentation des Indiens. Nous faisons remarquer qu'à bord des navires affectés à l'immigra-

¹ *Recherches sur la nature du béribéri*, par L. F. Praeger, médecin de 1^{re} classe de la marine néerlandaise. — In *Archives de médecine navale*, t. XIV, p. 578.

² Article Béribéri, du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. IV, p. 772. Paris, 1866.

tion, nos confrères l'avaient surtout vu se manifester à la fin des traversées, alors que les provisions fraîches et les condiments étaient épuisés et que les passagers étaient réduits à la ration de riz: qu'il épargnait ceux qui, par suite de leurs fonctions à bord, de leurs relations avec l'état-major et l'équipage, ou par leur prévoyance au départ, étaient à même d'ajouter quelque chose à ce régime; qu'enfin dans l'Inde, les gens de caste, à qui leur religion interdit toute nourriture animale, y étaient plus exposés que les parias, qui ne s'imposent pas une semblable réserve. Nous reconnaissons très-volontiers que cette manière de voir est trop radicale et que le bérubéri peut se montrer toutes les fois que l'alimentation est insuffisante, sans que l'usage du riz en soit la condition indispensable; nous persistons cependant à penser que l'emploi de cette céréale la moins nutritive de toutes, celles qui contient le moins de principes azotés et le plus de fécule, doit contribuer puissamment à sa production sur une si large échelle dans les pays où elle forme la base de l'alimentation. Le D^r Praeger le reconnaît du reste comme nous, mais il est un autre point à l'égard duquel nous ne pouvons pas nous ranger à son opinion. Le bérubéri, dit-il, n'est qu'une variété du scorbut¹. Cette manière de voir a été soutenue avant lui par van der Kerft, Carsten, Reiche, Idenburg, Morehead et Steibel, mais aucun d'eux ne l'a soutenue avec la même insistance. Son mémoire tout entier semble avoir pour objet de démontrer cette identité que nous ne saurions admettre. Rien n'est plus difficile, du reste, que de s'entendre sur la valeur de ces mots, *espèce, variété* si précis en histoire naturelle, si vagues quand on les transporte sur le terrain de la pathologie. Les analogies, les différences sont les mêmes pour tout le monde, mais chacun les apprécie à sa manière et se décide suivant les tendances de son esprit. Pour nous, sans méconnaître le lien étiologique qui les unit, nous ne pouvons nous résoudre à confondre deux maladies qui se ressemblent si peu. Ce qui frappe surtout dans le scorbut, ce sont les extravasations sanguines se produisant sous formes de pétéchies, d'ecchymoses, d'épanchements dans le tissu cellulaire, d'hémorrhagies par toutes les voies; ce qui domine dans le bérubéri, ce sont les suffusions séreuses, l'anasarque, les épanchements. Chez les scorbutiques,

¹ L.-F. Praeger, *loc. cit.*, p. 585.

la mort arrive lentement, pas à pas ; le malade s'éteint sans lutte et sans crise ; dans le béribéri, c'est tout le contraire ; la marche en est rapide ; l'orthopnée, l'anxiété épigastrique se prononcent parfois d'une manière soudaine, et la scène se termine par un accès de suffocation que Praeger attribue à la paralysie suraiguë des nerfs pneumogastriques. Les lésions cadavériques ne présentent pas plus de ressemblances. Il nous paraît donc impossible de considérer des états pathologiques si différents comme de simples variétés d'une seule et même maladie.

La similitude étiologique est du reste beaucoup moins prononcée que ne le pense Praeger. Le scorbut se produit, nous l'avons démontré, lorsque les vivres frais, les végétaux surtout, viennent à manquer. L'alimentation est encore assez variée ; elle se compose d'éléments suffisamment azotés, mais depuis longtemps privés de vie ; chez les Indiens atteints de béribéri, c'est l'inverse. Les végétaux frais ne leur font certainement pas défaut, ce sont les aliments réparateurs ; leur nourriture est insuffisante. Ce n'est pas la qualité des matériaux, c'est la quantité qui leur manque. C'est à l'inanition qu'ils succombent. Dans le scorbut, l'altération du sang porte principalement sur la fibrine, et ce sont les extravasations sanguines qui se montrent ; dans le béribéri, l'appauvrissement porte à la fois sur tous les éléments solides et ce sont des épanchements séreux qu'on observe. Si nous tenions à rapprocher cette dernière maladie de celles qu'on observe sous nos latitudes, nous serions plutôt tenté de l'assimiler à ce mal de famine dont nous avons parlé précédemment, et dans lequel des causes identiques amènent des résultats d'une ressemblance frappante.

Il nous reste un dernier point à élucider. Le béribéri et l'affection décrite sous le nom de *barbiers* ne sont-ils qu'une seule et même maladie ? Ces deux dénominations ont été considérées pendant deux siècles comme synonymes ; il paraît même certain que ce n'est que le même mot altéré dans son orthographe par les différentes prononciations des peuples qui ont fréquenté l'Inde. Plus tard, lorsque l'attention s'est portée d'une manière plus sérieuse sur les maladies de ce pays, les médecins anglais, Rogers et Marshall en particulier, en ont fait deux espèces distinctes, en considérant le *béribéri* comme une hydropisie à marche rapide déterminée par une altération du sang, en réservant le nom de *barbiers* à une affection paralytique, sorte de

myélite ascendante, moins bien décrite du reste et incomplètement étudiée. Cette opinion était généralement répandue, quand Fonssagrives et Le Roy de Méricourt publièrent leur mémoire, et nous l'adoptâmes comme eux. Des observations plus complètes nous ont porté à l'abandonner. Il est généralement reconnu aujourd'hui que cette distinction n'était basée que sur quelques différences dans l'expression symptomatique. La maladie qui nous occupe présente, dans son évolution, deux ordres de phénomènes dont l'intensité varie suivant les circonstances. Dans la majorité des cas, ce sont les épanchements et les suffusions séreuses qui prédominent; mais dans quelques épidémies et dans certaines localités, ce sont les troubles de la motilité et de la sensibilité dus, suivant Praeger, à l'atrophie de la moelle épinière, qui l'emportent, et c'est alors que la maladie ressemble à une myélite ascendante se terminant brusquement par la paralysie suraiguë des nerfs pneumogastriques. C'est là ce qui a conduit à admettre deux espèces morbides distinctes. Au fond, c'est toujours la même maladie conduisant au même résultat et la prédominance d'un groupe de symptômes n'autorise pas une séparation à laquelle tout le monde semble renoncer aujourd'hui.

II. Bien que l'espèce humaine soit omnivore, c'est le règne végétal que lui fournit partout sa principale nourriture. Les féculents en forment la base et les céréales y jouent le principal rôle. Quand elles sont de mauvaise qualité, il en résulte, soit de simples indispositions, comme celles qui proviennent du mélange de l'ivraie ou de la raphanelle, soit de véritables maladies, quand le grain lui-même est attaqué par un parasite de nature toxique. Tel est le cas de la pellagre et de l'ergotisme. De ces deux maladies, la première est essentiellement endémique; l'autre, quoique sévissant plus spécialement dans certaines contrées y affecte plutôt le caractère épidémique.

1° La *pellagre* n'est guère connue que depuis un siècle. C'est en 1741 qu'elle a, pour la première fois, appelé l'attention des médecins du Milanais. Le nord de l'Italie est son théâtre de prédilection. Très-rare au sud de l'Apennin, elle est très-commune en Piémont et en Lombardie. Elle règne également dans le midi de la France et cependant elle n'y a été reconnue qu'en 1829, époque à laquelle le Dr Hameau en signala la fréquence chez les habitants de la Teste-de-Buch. Depuis on l'a retrouvée

dans tout le pays compris entre l'embouchure de la Gironde et celle de l'Adour, et depuis la Garonne jusqu'à l'Océan. Sa zone d'endémicité paraît limitée par le 42^{me} et le 46^{me} degré de latitude ; cependant, en 1867, le D^r Préndéris Typaldos l'a observée à Corfou, par 39°38'.

Son étiologie a été l'objet de discussions extrêmement vives et la science n'a été définitivement fixée à son égard que depuis un petit nombre d'années. Lorsqu'elle commença à se multiplier sur le sol de la Lombardie, les médecins témoins de ses ravages ne surent à quelle cause l'attribuer. Les uns, imbus des doctrines humorales de leur temps invoquèrent une acrimonie particulière de la lymphe constituant un virus *sui generis* ; d'autres, confondant la maladie avec un de ses symptômes, la mirent sur le compte de l'insolation ; les mieux avisés, remarquant qu'elle ne sévissait que sur les classes pauvres, l'attribuèrent aux mauvaises conditions hygiéniques et en particulier à la déplorable alimentation des pauvres habitants de la Lombardie. C'est de là que lui vint le nom de *mal de misère* que lui donna Vaccari. Zanetti accusait le pain non fermenté, Guerreschi l'abus du sel marin ; enfin Mazzari, dans un important mémoire publié à Venise en 1815¹, fit faire un pas de plus à la question et mit le doigt sur la véritable cause, en attribuant la pellagre à l'usage du maïs qui forme la base de l'alimentation des campagnes. Cette opinion, attaquée avec force par Aglietti, Ruggieri et Belotti, ne fut pas généralement admise, et dans presque tous les ouvrages publiés pendant les trente années qui suivirent, on voit encore figurer cet ensemble de causes banales sur la valeur desquelles nous nous sommes déjà expliqué.

En 1845, l'extension de la pellagre dans le midi de la France vint de nouveau préoccuper les esprits. Les conseils d'hygiène, les sociétés savantes s'en émurent, les travaux se multiplièrent et, dans cette même année, Balardini en Italie et Th. Roussel en France vinrent donner à l'opinion de Mazzari l'appui d'arguments à peu près sans réplique. Ils prouvèrent que la maladie n'est endémique que dans les pays où on cultive le maïs, qu'elle suit les progrès de cette culture et qu'elle est d'autant plus in-

¹ B. Marzari. *Saggio med. politico sulla pellagra o scorbuto italiano*. Venise, 1815, in-4°. — *Della pellagra e della maniera de estirparla in Italia*. Venise 1819, in-4°.

tense que le blé de Turquie sert d'une manière plus exclusive à l'alimentation. Ils démontrèrent en même temps que ce n'est pas au maïs lui-même que la pellagre est due, mais à l'existence d'une maladie dont il est affecté dans les années pluvieuses, lorsque le grain ne peut parvenir à sa maturité. Cette maladie provient d'un champignon parasite, le *sporisorium maydis* qui se développe sous l'épisperme et se mélange nécessairement à la farine au moment de la mouture. Si la pellagre ne dépasse pas les limites géographiques que nous lui avons assignées, c'est qu'au sud de cette zone, le maïs atteint toujours sa maturité, et qu'au nord ce n'est plus qu'une plante fourragère à peine employée dans l'alimentation. Certaines populations s'en préservent en ayant la précaution de faire passer le grain au four avant de le faire moudre et de détruire ainsi le parasite toxique, qui ne résiste pas à une haute température. Enfin, si l'on observe quelques cas de pellagre sporadique dans des lieux où le maïs n'entre pas dans la consommation, ne pourrait-on pas l'attribuer, avec Bouchut, à un champignon qu'il a découvert sur des grains de blé avariés, qui présente avec celui du maïs la plus grande analogie et qu'il a proposé de nommer, pour cette raison, *sporisorium tritici*?

Malgré l'étendue et la précision de leurs recherches, Bellardi et Th. Roussel ne parvinrent pas à convaincre tout le monde; ils rencontrèrent même en France une opposition des plus vives de la part de Billod et surtout de Landouzy. Aussi, en 1860, l'Académie des sciences mit la question au concours pour 1864. La lutte se reproduisit, plus vive et plus passionnée que jamais entre les partisans et les adversaires du zéisme, mais enfin l'Académie se prononça et, sur le rapport de Rayer; elle décerna le prix à l'ouvrage de Th. Roussel ¹ (séance du 6 février 1865) en donnant ainsi sa sanction à l'opinion qu'il avait soutenue avec un si remarquable talent. L'Académie de médecine vient d'exprimer une opinion analogue en accordant, sur la proposition de Bouillaud, un encouragement à Costallat, *pour ses travaux sur la pellagre et le zèle persévérant qu'il a déployé pour faire prévaloir l'influence étiologique du maïs altéré sur le développement de cette maladie* (séance du 30 novembre 1869). La question est donc aujourd'hui tranchée et nous sommes au-

¹ Th. Roussel. *Traité de la pellagre et des pseudo-pellagres* (ouvrage couronné par l'Institut de France). Un volume in-8°. Paris, 1866.

torisé à ranger, avec Grisolles, la pellagre parmi les maladies endémiques dues à une intoxication alimentaire, en la plaçant comme lui à côté de l'ergotisme.

L'enquête dont la pellagre a été l'objet n'a pas eu seulement pour résultat de fixer la science sur son étiologie, elle a permis de plus de lui rattacher des maladies dont la nature avait été méconnue jusqu'alors. Telles sont :

A. La *Rosa des Asturies* ou mal de la rose.

Cette maladie découverte chez les pauvres habitants des environs d'Oviédo, par don Gaspar Casal, vers l'année 1750¹, fut signalée pour la première fois, aux médecins français, en 1755, par Thiéry, qui avait suivi à Madrid le duc de Duras². Malgré les différences légères qu'on constate entre la description qu'il nous en a laissée et les symptômes de la pellagre, on ne peut méconnaître l'identité des deux maladies. Thiéry parle bien, il est vrai, de croûtes épaisses, de cicatrices affreuses que la lèpre des Asturies laisse après elle, mais il est permis de croire à un peu d'exagération dans son récit, et d'ailleurs l'éruption pella-greuse s'accompagne aussi parfois de pustules et de croûtes. Ce caractère ne suffirait pas, du reste, pour justifier la séparation que Jansen, Gherardini, et plus tard Alibert ont voulu établir entre les deux maladies : aujourd'hui tout le monde les regarde comme identiques. Le mal de la rose peut donc être considéré comme la première invasion de la pellagre, puisque les observations faites en Espagne ont précédé de dix ans celles des médecins du Milanais.

B. La *maladie de Melada*. Cette affection décrite par Stulli³ paraît bornée à quelques familles d'un village de la petite île dont elle porte le nom et qui est située dans le golfe de Venise. Elle présente exactement les mêmes symptômes que celles que nous venons de passer en revue et reconnaît vraisemblablement la même cause.

2° L'*ergotisme* passe pour endémique en Sologne. C'est en effet la province de France où on l'observe le plus fréquemment surtout dans les villages de Salbris, Selle, Saint-Denis, Nançay,

¹ Don Gaspar Casal, *Historia natural del principado de Asturias*.

² Thiéry, *Observations de physique et de médecine faites en différents lieux de l'Espagne*. Paris, 1791, in-8°.

³ Stulli, *Lettre sur une espèce de maladie cutanée* (Bulletin des sciences de Ferussac, XXI, p. 96.)

Teille, Souesme, Marsilly, Tremblevif, mais on l'a vu régner également en Touraine, en Picardie, dans l'Aunis, l'Angoumois, l'Artois, le Dauphiné, la Savoie et la Haute-Savoie; il n'est guère de partie de la France où il ne se soit montré. Les classes pauvres de la Russie, de la Pologne et de la Suède, où le seigle se cultive en grand, en sont aussi fréquemment affectées. L'ergotisme, disent les auteurs du *Compendium de médecine*¹, paraît être une maladie purement endémique; on la voit sévir dans les pays marécageux, lorsque la saison a été humide et malsaine, dans les temps de guerre, de disette, où la nécessité contraint les malheureux à se nourrir de farines de mauvaise qualité. C'est, en effet, dans ces conditions que l'*ergot* se développe sur le grain du seigle, et comme elles sont essentiellement transitoires, c'est sous la forme épidémique que la maladie se montre le plus souvent. A. Hirsch donne la date de 151 épidémies qui ont sévi en Europe, de 591 jusqu'en 1856. La France seule en a compté 41².

L'ergot du seigle, considéré d'abord comme une dégénérescence du grain lui-même, puis comme un champignon parasite, et désigné à ce titre par Lévillé sous le nom de *sphaecelia segetum*, se rencontre aussi, mais beaucoup plus rarement, sur le blé, l'orge, l'avoine et le maïs. Les auteurs ont décrit deux formes d'ergotisme le *gangréneux* et le *convulsif*. L'étiologie de la première n'est plus mise en question aujourd'hui. Les expériences sur les animaux, la corrélation qu'il a toujours été possible d'établir entre l'apparition du champignon sur le seigle et l'explosion de la maladie ne permettent pas de douter que l'une ne soit le résultat de l'autre. Les propriétés hémostatiques de l'ergot l'expliquent du reste d'une manière satisfaisante. On comprend qu'en augmentant la plasticité du sang, il puisse favoriser sa coagulation dans les capillaires des extrémités et par suite en déterminer le sphacèle. C'est par un mécanisme analogue que se produit la gangrène sénile, qui ressemble à s'y méprendre à celle que détermine l'ergot; seulement, dans le premier cas, c'est l'altération des vaisseaux qui

¹ Delaberge et Monneret, article Ergotisme du *Compendium de médecine pratique*, t. III, p. 450.

² A. Hirsch, *Handbuch der historischgeographischen Pathologie*. Erlangen, 1860, 2 vol. in-8.°.

en est la cause, et dans le second, c'est celle du sang qui en devient le point de départ.

La nature de l'ergotisme convulsif ne nous paraît pas aussi démontrée. Il nous répugne d'admettre que des états pathologiques aussi différents soient produits par un même agent toxique. Ces deux formes ne se montrent presque jamais ensemble; on ne cite qu'une seule épidémie dans laquelle leurs symptômes se soient trouvés confondus chez les mêmes malades. C'est celle qui régna à Lille en 1749, et dont Boucher nous a laissé la description. Dans les expériences sur les animaux, on n'a jamais vu se produire l'état convulsif. Ozanam attribue la forme gangréneuse à l'ergot de seigle et la forme convulsive au mélange avec le blé de l'*ivraie enivrante* (*lolium temulentum* L.) et de la *raphanelle* (*raphanus raphanistrum* L.), mais l'ivraie ne détermine que des phénomènes passagers et sans gravité, de la céphalalgie, des vertiges, des tintements d'oreille, une gêne momentanée de la déglutition, et il y a loin de là aux douleurs atroces, aux convulsions horribles qu'on trouve signalées dans toutes les épidémies; quant à la raphanelle, à laquelle Linné attribuait la maladie convulsive qui ravagea la Suède en 1746, il est bien reconnu aujourd'hui que cette crucifère n'est pas plus un poison pour l'homme que pour les animaux. L'histoire de l'ergotisme convulsif est, du reste, beaucoup plus obscure que celle de l'ergotisme gangréneux; il en est de même de ses rapports avec l'*acrodynie* et les grandes épidémies du moyen âge, dont nous n'avons pas à nous occuper.

Pour terminer l'étude de cette classe d'endémies, il nous reste à parler encore de deux maladies que nous croyons devoir y faire entrer, quoique la science ne soit pas aussi bien fixée sur leur étiologie.

5° Le *goître* et le *crétinisme*, auxquels nous faisons allusion, ont entre eux les connexions les plus étroites. On les rencontre dans les mêmes localités, on les observe réunis chez les mêmes individus et ce ne peut pas être un simple fait de coïncidence. Dans les pays où ces deux affections sont endémiques, sur 100 crétins, 70 sont porteurs de goîtres. Fodéré, Ferrus, Niepce, Fabre (de Meironnes), Bouchardat, M. Lévy, les considèrent comme deux expressions différentes d'une seule et même diathèse. Pour eux, le crétinisme est le dernier terme de l'affection dont le

goître est le premier. Lunier¹ les regarde comme distinctes; cependant il reconnaît qu'elles peuvent être produites par les mêmes causes. Ces causes, que l'hygiène publique aurait un si grand intérêt à préciser, ne sont pas encore établies d'une manière certaine. Il est peu de sujets cependant qui aient été l'objet de recherches aussi persévérantes et aussi bien dirigées. Les médecins et les chimistes s'y sont livrés avec une ardeur égale, et si leurs efforts ne les ont pas encore conduits à la découverte incontestable de la vérité, ils leur ont permis du moins d'en approcher d'assez près pour permettre d'espérer une solution prochaine.

Parmi les causes qui ont été invoquées, il en est qu'on ne peut regarder que comme des circonstances adjuvantes. La misère, l'insalubrité des habitations, l'insuffisance de l'alimentation, un mode vicieux d'éducation pour les enfants sont de ce nombre. Il suffit, pour en faire la part, de rappeler que, d'après le rapport de la commission sarde, les deux tiers des crétins appartiennent aux classes aisées². L'air épais, confiné, humide, des vallées profondes, obscures, soustraites par leur direction à l'influence des courants atmosphériques peut jouer un rôle semblable, mais il ne saurait donner naissance à cette maladie spéciale, puisqu'on la retrouve également sur le versant des montagnes et dans des plaines ouvertes à tous les vents, comme la vallée du Rhin aux environs de Strasbourg. Nous n'incriminerons pas davantage le miasme paludéen; nous avons déjà exprimé notre manière de voir au sujet de ce protée pathologique qui fait naître, au gré des théories, le choléra sur les bords du Gange, la peste dans le delta du Nil, la fièvre jaune dans le golfe du Mexique, la dysenterie et l'hépatite au Sénégal, le goître et le crétinisme dans les vallées Alpines; ces dernières affections ne sont évidemment pas des maladies infectieuses. Elles tiennent à un vice de la nutrition, elles doivent avoir leur point de départ dans les aliments ou dans les boissons, et la mauvaise qualité des eaux potables en est l'explication la plus probable. C'est aussi celle qui réunit aujourd'hui le plus de suffrages. Il reste à déterminer, il est vrai, le principe au-

¹ *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Article Crétin, Crétinisme. Paris, 1869, t. X, p. 205.

² *Relazione de la commiss. por lo stud. del cret. in Lombardia*. Milano, 1864.

quel est due cette action malfaisante. On a d'abord accusé les eaux crues, désoxygénées, qui proviennent de la fonte des neiges, mais on n'a pas tardé à faire observer que le goître se rencontrait sous la zone torride et qu'il était inconnu dans les régions polaires, où on ne boit que de la neige ou de la glace fondue. On en a alors cherché la cause dans la constitution du sol et dans les principes minéraux ou organiques qu'il abandonne aux eaux qui le traversent et qui alimentent les sources et les rivières. Les tourbières, les terrains calcaires, gypseux, argileux, ceux qui contiennent des pyrites de fer ou de cuivre, les terrains magnésiens surtout, ont été tour à tour incriminés. L'opinion de Chatin, qui attribue, la production de ces deux affections à l'absence de l'iode dans les eaux est une de celles qui rendent le compte le plus satisfaisant des faits observés et qui compte le plus d'adhérents¹. Nous ne pouvons pas discuter ici la valeur de toutes ces théories; elles ne sont pas du reste complètement incompatibles. Il ne répugne pas d'admettre que le goître et le crétinisme reconnaissent pour cause déterminante l'usage habituel de certaines eaux contenant un principe organique ou minéral dont les éléments sont empruntés aux terrains qu'elles traversent et dont l'iode prévient ou neutralise les effets. Ce n'est assurément pas là un fait démontré, mais il nous paraît réunir en sa faveur assez de probabilités pour justifier la place que nous avons assignée à ces maladies, dans le cadre des endémies.

III. Les maladies produites par l'ingestion habituelle d'un agent toxique mêlé aux aliments ou aux boissons sont de véritables empoisonnements à marche lente. Elles ne devraient par conséquent pas, aux termes de notre définition, figurer dans le groupe des endémies. Les influences locales n'y sont pour rien, elles sont indépendantes du climat et du sol, elles tiennent à des circonstances qu'on peut faire naître à volonté de même qu'on peut les prévenir. Ce sont le plus souvent des maladies professionnelles qui se rattachent à l'étude des métiers insalubres, mais, dans le nombre, il s'en rencontre quelques-unes sur l'étiologie desquelles tous les médecins ne sont pas d'accord et que les auteurs continuent à classer parmi les maladies endémiques. Telles sont les affections connues sous le nom de

¹ Ad. Chatin, *Recherches sur les eaux potables. Bulletin de l'Académie de médecine.* 1865.

colique du Poitou, de Normandie, du Devonshire, de Madrid, de Java, de Surinam, de colique végétale, de colique sèche ou endémique des pays chauds. Bien qu'on incline généralement aujourd'hui à les considérer comme des conséquences d'une intoxication saturnine, la science n'est pas assez complètement fixée à leur égard pour que nous puissions les passer sous silence.

Toutes ces affections ont entre elles la plus grande ressemblance, pour ne pas dire la plus complète identité, et les différents noms qu'elles portent tiennent à ce que les médecins qui les observaient pour la première fois se bornaient, dans l'impossibilité d'en préciser la nature, à les désigner sous le nom du pays où elles leur étaient apparues. La plus grande divergence d'opinion se retrouve dans leurs écrits, au sujet de la cause qui les fait naître. Citois, qui a décrit le premier, en 1816, la *colique du Poitou* (*colica Pictonum*) l'attribuait à la constitution de l'atmosphère. Sydenham partageait cette opinion reproduite depuis à l'occasion de la *colique de Madrid*, par Thierry et par Larrey, et que nous retrouverons également dans l'histoire de la *colique endémique des pays chauds*. D'autres la mettaient sur le compte d'un vice de l'alimentation. Huxham, qui l'observa en 1724, un siècle après Citois, dans le Devonshire², Bonté, qui l'étudia en basse Normandie, accusaient l'abus et la mauvaise qualité du cidre. En Espagne, on incriminait les vins acides, l'usage immodéré des fruits verts, des boissons glacées; cependant, dès le commencement du dix-huitième siècle, Zeller et Weismann avaient appelé l'attention sur les accidents qui résultent de l'emploi de la litharge pour donner aux vins acides une saveur douce et agréable; de Haën³ et Starck avaient fait la part de l'influence saturnine, en admettant deux espèces de coliques, l'une causée par le plomb, l'autre par quelque vice diathésique de nature scorbutique, rhumatismale ou goutteuse. Lepecq de la Cloture, en décrivant la colique épidémique qui régna à Rouen, dans l'été de 1770,

¹ H. Citois, *de Novo et populari apud Pictones dolore colico bilioso diatriba*. Poitiers, 1616.

² Huxham. *Histoire et traitement d'une colique épidémique qui régna en 1724 dans le Devonshire*. In *Essai sur différentes espèces de fièvres*. 1 vol. in-8°, traduit de l'anglais, p 455. Paris, 1768.

³ De Haën. *Dissertatio de colica Pictonum*. La Haye, 1745.

n'hésite pas à l'attribuer à la funeste habitude qu'avaient les marchands de cidre de le clarifier et d'en accélérer la fermentation avec la céruse ou la litharge¹. A la même époque, Backer démontrait par des expériences directes faites de concert avec un habile chimiste, le docteur Saunders, que la *colique du Devonshire* n'était qu'un empoisonnement saturnin ; Luzuriaga² attribuait également la colique de Madrid à l'usage d'eaux amenées dans des tuyaux de conduite revêtus d'oxyde de plomb. Depuis cette époque, des recherches plus complètes sont venues confirmer cette opinion, et cependant on la trouve encore contestée dans les ouvrages les plus récents. Le sort de ces affections s'est trouvé lié du reste à celui de la colique endémique des pays chauds. Elle a donné lieu aux mêmes interprétations et aux mêmes dissidences. Les médecins de la marine appelés à la traiter sur tous les points de son domaine géographique ont fait naturellement tous les frais d'une controverse à laquelle ils étaient seuls intéressés.

Il y a vingt ans, pas un d'entre eux ne mettait en doute l'existence indépendante de la colique végétale, ainsi qu'on l'appelait alors. On n'était pas habitué, comme aujourd'hui, à remonter à la source de l'intoxication saturnine dans toutes les professions, à poursuivre le plomb sous toutes ses formes et à le découvrir en quantités infinitésimales, on n'aurait pas eu la pensée d'aller rechercher cet agent toxique, dans la poussière de cristal, dans la poudre d'émail par exemple. Nos confrères avaient analysé le vin et l'eau de leurs navires, et n'y avaient rien trouvé de suspect ; ils voyaient la maladie se développer d'une manière presque fatale dans les régions intertropicales et dans certains parages en particulier, tandis qu'elle épargnait les équipages sous les latitudes plus élevées ; ils la voyaient éclore dans des conditions qui paraissaient exclure toute possibilité d'intoxication, ils trouvaient par conséquent logique de repousser une explication contre laquelle les faits semblaient protester. Les uns l'attribuaient à l'élévation de la température et aux refroidissements qu'elle provoque, d'autres y voyaient

¹ Le Pecq de la Cloture, *Observations sur les maladies épidémiques*. Paris, 1776, in-4°, p. 74. — *Collection d'observations sur les maladies et constitutions épidémiques*. Rouen, 1778, in-4°, 1^{re} partie, p. 475.

² J. M. Ruiz Luzuriaga, *Dissert. méd. sobre el colico de Madrid*. — Madrid, 1796, in-8°.

une forme particulière d'intoxication miasmatique favorisée par l'état d'anémie qu'amène si rapidement le séjour des régions intertropicales. E. Raoul fut le premier à désertir l'opinion générale. Il avait été à même d'étudier la colique endémique, à la Nouvelle-Zélande et à la côte occidentale d'Afrique, et la maladie lui avait offert les mêmes caractères dans ces régions si différentes de latitude et de climat. Frappé de sa ressemblance avec la colique saturnine, il en vint à penser que l'identité de symptômes impliquait l'identité de causes et, devenu professeur de matière médicale à l'École de médecine navale de Brest, il n'hésita pas à comprendre la colique endémique des pays chauds dans l'étude des accidents toxiques dus à l'action des préparations saturnines. L'exposé de ses idées, que la mort ne lui permit pas de défendre, ne dépassa pas le cercle de son auditoire. Elles ne convainquirent personne et ne firent que provoquer une réaction en sens inverse. La doctrine opposée s'appuyant sur l'autorité de Fonssagrives¹, de Dutroulau et d'une foule d'autres parmi lesquels nous devons nous compter, semblait définitivement établie, lorsque A. Lefèvre, directeur du service de santé au port de Brest, vint de nouveau la remettre en question et lui porter le plus rude coup qu'elle eût encore reçu. Jamais la colique sèche n'avait été l'objet d'une enquête aussi sérieuse. Après avoir soumis au plus sévère contrôle toutes les assertions émises et tous les documents publiés, A. Lefèvre, auquel sa haute position dans la marine rendait toutes les investigations faciles, étendit ses informations à tous les ports militaires, à toutes les colonies, à toutes les stations navales; il multiplia les analyses et les expériences et en vint à démontrer qu'il existait à bord de nombreuses causes d'intoxication saturnine méconnues par ses prédécesseurs, qu'elles s'étaient multipliées avec l'extension de la marine à vapeur et surtout à la suite de l'adoption des cuisines distillatoires. Il prouva qu'il était logique de faire intervenir cette explication dans la plupart des épidémies de colique sèche, que si l'action d'une haute température favorisait son explosion, elle n'était pas indispensable pour la produire et qu'on l'avait observée ailleurs qu'entre les tropiques. Les preuves accumulées

¹ J.-B. Fonssagrives. *Mémoire pour servir à l'histoire de la colique nerveuse endémique des pays chauds*, in *Gazette hebdomadaire de médecine de Paris*. 1857.

dans ses écrits¹ par cet éminent observateur ont fini par porter la conviction dans l'esprit de presque tous ses adversaires, et les mesures préventives dont il a provoqué l'adoption n'ont pas tardé à porter leurs fruits. Aujourd'hui les cas de colique endémique des pays chauds sont beaucoup plus rares dans nos différentes stations qu'elles ne l'étaient auparavant. Ce résultat, qui a achevé de nous convaincre est à nos yeux la plus belle récompense qu'un médecin puisse retirer de ses travaux.

Si l'étiologie saturnine des affections diverses que nous venons de passer en revue finit par se faire accepter de tout le monde et que l'accord s'établisse sur cette importante question, il faudra les faire disparaître du cadre des maladies endémiques pour les rattacher à celui des maladies professionnelles, mais, en attendant que la science soit définitivement fixée, nous avons cru devoir leur conserver, au moins à titre provisoire, la place qu'elles ont occupée jusqu'ici.

Troisième classe. — MALADIES ENÉMIQUES D'ORIGINE PARASITAIRE.

Les maladies dues au parasitisme sont le type des endémies. Elles sont extrêmement multipliées, leur nombre s'est notablement accru depuis que le microscope est venu projeter sa lumière sur ces points obscurs de la pathologie. Les migrations des entozoaires, les transformations qu'ils subissent en passant d'une espèce à l'autre, la découverte des parasites végétaux dans les maladies cutanées, sont autant de conquêtes faites par l'observation rigoureuse dans le domaine de l'inconnu. Elles permettent d'en pressentir de nouvelles, et peut-être un jour sera-t-il possible de rattacher à des causes analogues la production de la plupart des maladies contagieuses et de soulever le voile qui couvre encore leur étiologie. Mais, tout en réservant les droits de l'avenir, il ne faut pas élever des hypothèses à l'état de faits démontrés, et nous ne comprendrons, dans le groupe des endémies dont nous allons nous occuper, que celles dont la nature ne peut plus laisser aucun doute.

¹ A. Lefèvre, *Recherches sur les causes de la colique sèche observée sur les navires de guerre français, particulièrement dans les régions équatoriales et sur les moyens d'en prévenir le développement*. Paris, 1859, in-8°. — Lettre à M. Dutroulau sur le même sujet. In *Gazette hebdomadaire*. Paris, 1860.

Dans ce nombre, les unes sont produites par des *entozoaires*, les autres par des *parasites cutanés*.

I. Parmi les entozoaires, ceux dont l'étude se rapporte à notre sujet sont :

1° Le *tænia*, dont on connaît deux espèces, le *tænia solium* ou *tænia* à longs anneaux et le *tænia lata* ou bothriocéphale.

Chacun d'entre eux a son domaine géographique particulier, sur lequel il règne à l'exclusion de l'autre; les limites sont parfois marquées par une rivière ou par un fleuve. C'est ainsi que, dans l'est de l'Europe, le bothriocéphale se montre en Russie, en Pologne et s'arrête à la Vistule, tandis que, sur la rive gauche, on ne trouve plus que le *tænia solium*. Cette ligne de démarcation est si nettement tranchée, qu'au dire de Wagner, il est arrivé plus d'une fois à Siebold de deviner la provenance de ses malades d'après l'espèce de *tænia* dont ils étaient affectés. On cite partout le fait curieux de cet orfèvre de Genève, qui, après avoir expulsé un bothriocéphale dans son pays, où il est endémique, vint se fixer à Vienne, et y rendit au bout de deux ans un *tænia solium*.

Cette espèce est beaucoup plus répandue que l'autre. On la rencontre en Italie, en Grèce, en Portugal, en Allemagne, en Hollande, en Angleterre et en France. L'Afrique, dit Boudin, constitue pour elle un immense foyer d'endémicité qui commence dans les États Barbaresques et se termine au cap de Bonne-Espérance. Cependant, d'après Pruner, on ne le rencontre pas en Égypte; en revanche, l'Abyssinie est peut-être le pays du monde où il est le plus répandu. Il n'y épargne ni l'âge ni le sexe. Les indigènes qui n'en sont pas atteints constituent une véritable exception. Ils le conservent toute leur vie, et ne cherchent même pas à s'en débarrasser complètement, malgré la quantité considérable de végétaux anthelminthiques qui croissent autour d'eux. Les étrangers qui arrivent dans le pays, lui payent un tribut inévitable. Aubert, Petit, d'Abbadie, Lefebvre en ont été atteints dans leurs explorations scientifiques. Lefebvre¹ attribue sa production à l'usage des eaux, les Abyssins accusent le pain de tef, et Aubert la viande crue dont ils se nourrissent et qu'ils désignent sous le nom de *brondou*. Il prétend que les musulmans et les Européens, qui n'en font pas

¹ Lefebvre, Petit et Qu. Dillon, *Voyage en Abyssinie*, de 1839 à 1843.

usage, se trouvent préservés du *tænia*. Cette cause nous paraît la plus probable et celle qui cadre le mieux avec le mode d'évolution de ces helminthes que les travaux de van Beneden et de Küchenmeister nous ont fait connaître. Le *tænia solium* est également endémique dans nos possessions d'Afrique. D'après les statistiques de Boudin, il y est vingt-trois fois plus fréquent qu'en France. On l'observe également en Arabie, en Syrie, et notamment aux environs d'Alep. Il est commun aux Indes orientales d'après van Leent, et surtout à Sumatra, où le docteur Heymann l'a rencontré dans les montagnes comme sur le littoral. On l'observe aussi dans l'Amérique du Nord et au Brésil.

Le domaine géographique du bothriocéphale est beaucoup moins étendu. On ne le trouve guère qu'en Russie, en Suède, en Pologne, en Belgique et surtout en Suisse, où il est tellement répandu qu'à Genève, suivant Odier, le quart des habitants en est atteint. Il est cependant probable qu'il existe encore dans d'autres parties du globe, et plus particulièrement dans l'Inde. Ce qui porterait à le croire, c'est que, sur cinq cas cités par Mérat, deux avaient été recueillis à Calcutta, et que Balfour affirme avoir souvent constaté le bothriocéphale à Londres sur des orphelins militaires venus de Ceylan. Ce point de géographie médicale appelle du reste de nouvelles recherches. — Nous ne dirons rien du mode de développement du *tænia*, des transformations qu'il subit, de la façon dont il s'introduit dans l'organisme, parce que ces détails ne rentrent pas dans le plan que nous nous sommes tracé.

2° *La maladie hydatique des Islandais*. — Il n'est pas de point du globe où les hydatides soient aussi répandues qu'en Islande. Les statistiques régulièrement dressées par ordre du gouvernement danois établissent que cette affection, assez rare dans le reste de l'Europe, attaque actuellement et depuis un grand nombre d'années, le septième de la population islandaise: c'est également la proportion que fixent Schleisner, Thorstensen et le docteur Hjaltelin¹. Elle y est donc bien véritablement endémique. Contrairement à la *spedalskhed*, dont

¹ P.-A. Schleisner, *l'Islande examinée sous le rapport médical*. Copenhague, 1849, traduit par L.-L. Livin, revu par Robert. — J. Thorstensen, *Tractatus de morbis in Islandia frequentissimis* (Mémoires de l'Académie de médecine, t. VIII.) — Hjaltelin, *Note sur le traitement des hydatides en Islande*. In *Archives de médecine navale*, t. XII, p. 551.

nous parlerons plus tard, elle est beaucoup plus fréquente dans l'intérieur de l'île que sur les côtes. Également commune chez les deux sexes, elle atteint son maximum de développement entre trente et quarante ans chez l'homme, entre quarante et cinquante ans chez la femme. Sa nature parasitaire est incontestable. Elle est due à la présence d'échinocoques, qui ont été retrouvés dans les kystes hydatiques par tous les observateurs et notamment par le professeur Eschricht, (de Copenhague). Ces hydatides peuvent se développer sur tous les points de l'économie; leur siège de prédilection est le foie; on les y rencontre deux fois sur trois, et beaucoup plus souvent dans le lobe droit que dans le lobe gauche; les poumons en présentent dans un sixième des cas; on en trouve aussi, mais plus rarement, dans les reins, la rate, la plèvre, le péritoine, la tunique vaginale, et même dans le tissu cellulaire sous-cutané. La marche de la maladie, son mode de terminaison sont les mêmes qu'en Europe, et nous n'avons pas à nous en occuper. Nous ne dirions rien non plus de leur voie d'introduction dans l'organisme, ni de leur mode de développement, s'ils étaient aussi bien établis que pour le tænia, et s'ils ne présentaient pas quelques particularités spéciales à l'Islande.

Les médecins de ce pays ne sont pas d'accord au sujet de l'origine des hydatides. Les plus âgés croient encore à leur génération spontanée et admettent à cet égard l'opinion de Cruveilhier. Hjaltelin, médecin en chef à Reykjavik est de ce nombre. Il considère la maladie comme héréditaire et cite les nombreuses observations recueillies par J. Skaptason, et qui viennent à l'appui de cette manière de voir, qui est également celle des docteurs Skuli, Thoravensen et Hjalmsen. Les autres sont convaincus que les germes de ces entozoaires viennent du dehors, et pénètrent dans l'économie avec les aliments. En Islande, les hydatides sont aussi fréquentes chez les animaux que chez l'homme. Il est extrêmement commun d'en rencontrer sur ceux que l'on ouvre; les moutons en particulier en sont très-souvent affectés, et il n'est pas rare de voir chez eux le kyste se rompre et évacuer son contenu à travers les parois abdominales. Comme ils sont très-répandus dans le pays, on trouve à chaque instant de ces hydatides dans les champs qu'ils fréquentent, au milieu des mousses comestibles, de l'oseille et du cochlearia sauvage, dont les Islandais sont très-avides, et

qu'ils mangent crus. D'autres accusent l'usage du skyr, mélange de lait et de poisson qu'ils conservent pendant très-longtemps dans des tonneaux, et dont la fermentation peut engendrer des parasites : enfin le docteur Jacolot, médecin de 1^{re} classe de la marine, à l'excellente thèse duquel nous empruntons une partie de ces détails ¹, fait observer qu'on ne s'est pas assez préoccupé du rôle du poisson dans la production de la maladie hydatique, qu'il forme la base de l'alimentation des Islandais, et que van Beneden a trouvé dans cette classe de vertébrés un grand nombre d'entozoaires à l'état de scolex. N'est-il pas possible d'admettre, dit-il, que ces scolex, introduits dans le tube digestif des Islandais, au lieu d'y subir les transformations successives nécessaires pour arriver à l'état parfait, y restent à l'état d'échinocoques et se répandent dans l'économie pour y vivre et se multiplier par bourgeonnement? Cet arrêt de développement ne pourrait-il pas tenir à ce que les helminthes provenant du poisson ne trouvent pas dans le tube digestif de l'homme les conditions nécessaires à leur évolution complète? Notre confrère ne propose cette explication que comme une hypothèse, mais quelle que soit l'opinion qu'on se fasse sur leur mode de reproduction, il nous paraît hors de doute que leurs germes viennent du dehors et pénètrent par les voies digestives.

5° *Le distome d'Égypte.* — Les maladies des voies urinaires, et notamment le catarrhe vésical et la cystite calculeuse, sont extrêmement répandus en Égypte. Peu d'habitants, dit Boudin, semblent posséder les organes urinaires à l'état normal. Prosper Alpin avait déjà signalé ce fait, mais sans remonter à sa cause ². Trois médecins allemands établis au Caire, Griesinger ³, Bilharz et A. Reyer sont parvenus à la découvrir et à expliquer en même temps les particularités que présentent ces affections si communes chez les indigènes, qu'au dire de ces observateurs, la moitié des Fellahs et des Coptes en sont atteints. Elles sont dues à la présence d'un entozoaire de la classe des nématoïdes, le *distomum hæmatobium*, qui n'avait pas encore été décrit. Les auteurs l'ont retrouvé dans les trois quarts des cas de catarrhe vésical qu'ils ont été appelés à observer. Les

A.-A.-M. Jacolot, *Relation médicale de la campagne de la corvette l'Artémise en Islande*, 1857. Thèses de Paris, 1851.

² Prosper Alpin, *de Medicina Egyptiorum*. Venise, 1 91

³ Griesinger, *Maladies de l'Égypte*. Stuttgart, 1855.

individus adultes se rencontrent dans le système de la veine porte et dans les plexus veineux du rectum et de la vessie, les œufs dans le parenchyme du foie, entre les tuniques de l'intestin grêle, mais surtout et en quantité énorme, dans le tissu cellulaire sous-muqueux, dans l'épaisseur de la muqueuse de la vessie, des uretères, des vésicules séminales et du rectum, ainsi qu'à la surface de cette muqueuse. Ils y sont enveloppés de mucus purulent ou de concrétions sanguines, parfois recouverts d'acide urique ou d'oxalate de chaux. A. Reyer a trouvé, dans un ancien calcul de sa collection, une masse considérable d'œufs de distome ; il en a également rencontré de vivants dans la vessie. Le nombre de ces entozoaires est en rapport constant avec l'état des organes et l'intensité de la lésion. On peut suivre pas à pas l'évolution parallèle du distome et de la maladie qu'il détermine ; il est donc impossible de ne pas y voir une relation de cause à effet, et on pourrait désigner cette affection sous le nom de *cystite vermineuse endémique de l'Égypte*. Les phases diverses que parcourt le distome ont été bien étudiées par les médecins qui l'ont découvert, son mode de reproduction est bien connu, et les occasions de l'observer sont fréquentes ; quant à sa cause première, on ne peut encore faire que des suppositions, mais il est probable qu'elle ne fait pas exception à la règle générale. Pour nous qui ne devons nous en occuper qu'à un seul point de vue, il nous suffit d'avoir établi qu'il existait en Égypte une maladie endémique particulière, et qu'elle était due à la présence d'un entozoaire.

4° *Le mal-cœur ou mal d'estomac des nègres*. — Cette affection, qu'on désigne aussi sous le nom de *cachexie africaine*, d'*opilation*, d'*anémie intestinale*, d'*hypohémie intertropicale*, de *chlorose d'Égypte*, a été observée pour la première fois aux Antilles françaises, par le père Labat, et décrite par Pouppe Desportes¹. Elle a été depuis cette époque, l'objet d'importants travaux dont on trouve l'énumération dans un excellent mémoire inséré par Fonsagrives et Le Roy de Méricourt dans les *Archives de médecine navale*². Ce n'est toutefois que depuis une dizaine d'années qu'on est bien fixé sur sa nature, et c'est

¹ Pouppe Desportes. *Histoire des maladies de Saint-Domingue*. Paris, 1770.

² Fonsagrives et Le Roy de Méricourt. *Du mal-cœur ou mal d'estomac des nègres*. In *Archives de médecine navale*, 1864, t. I, p. 362.

encore au docteur Griesinger que revient l'honneur d'en avoir découvert la cause.

Le *mal-cœur* est propre aux pays chauds et aux races colorées. L'Afrique en est le principal foyer ; on le rencontre surtout à la côté occidentale, à Sierra-Leone et à la côte d'Or. Il est relativement rare au Sénégal, et n'a pas été signalé au cap de Bonne-Espérance, ni à la côte Orientale, mais nous sommes encore bien mal renseignés sur les maladies de cette région si peu fréquentée, et comme les médecins de la marine observent souvent le mal-cœur à Mayotte, il est probable qu'il existe également sur la côte voisine. Enfin d'après Griesinger, il est tellement répandu en Égypte, qu'on l'y rencontre dans toutes les classes de la société, chez les habitants de la campagne comme dans les villes, et qu'il atteint au moins le quart de la population. On l'observe également dans d'autres parties du globe, mais exclusivement chez des individus appartenant à la race noire, et il est permis de supposer qu'il y a été importé par la traite. C'est ainsi qu'il est commun chez les nègres et les mulâtres aux Antilles, et notamment à la Martinique, à Saint-Thomas, et à la Dominique ; à Cayenne, à Paramaribo, dans les provinces intertropicales du Brésil, de Rio, à Bahia.

Les médecins s'accordaient à considérer cette maladie comme une névrose particulière de l'estomac, comme une forme d'anémie déterminée par les privations, les fatigues, les passions morales dépressives, une alimentation vicieuse ou insuffisante. Les propriétaires d'esclaves s'attachaient surtout à empêcher les malades de satisfaire le penchant irrésistible qui les porte à ingérer les substances les plus réfractaires à l'action digestive, telles que le plâtre, la craie, les cendres de tabac, la terre de pipe, etc., et Ruz de Lavison¹ dit avoir retrouvé, sur quelques habitations, les masques en fer-blanc cadenassés par derrière, qu'on appliquait aux malheureux atteints de cette singulière dépravation du goût. On était bien loin de supposer que l'épuisement dans lequel ils étaient plongés tenait à la présence d'un entozoaire, lorsque Griesinger, qui avait été frappé de la fréquence de la chlorose égyptienne, eut l'occasion de faire l'autopsie d'un sujet mort de cette maladie, et trouva l'intestin grêle rempli de sang et couvert d'innombrables taches ecchy-

¹ Ruz de Lavison, *Chronologie des maladies de la ville de Saint-Pierre (Martinique)*. (Archives de médecine navale. Paris, 1869.)

motiques auxquelles adhéraient une quantité considérable de petits vers qu'il reconnut appartenir à cette espèce de nématodes découverte par Dubini à Milan, en 1858, et décrite sous le nom d'*ankylostome duodéal*. Il n'hésita pas à attribuer la chlorose égyptienne à la présence de cet entozoaire. De nouvelles observations sont venues depuis confirmer cette opinion. En 1866, Grenet, chef du service de santé à Mayotte, eut l'occasion de traiter plusieurs noirs de race Makoua atteints de cachexie africaine, et à la mort de l'un d'eux, il trouva le duodénum et le jéjunum remplis de caillots et de mucosités sanguinolentes, couverts d'un piqueté rouge et parsemés de petits vers longs de 5 à 10 millimètres, qui lui offrirent tous les caractères assignés par Griesinger à l'*ankylostome duodéal*. Au mois de janvier de l'année suivante, il rencontra un second cas exactement semblable; l'observation fut adressée comme la première aux *Archives de médecine navale* et accompagnée de l'envoi d'une portion du jéjunum conservée dans l'alcool. Leroy de Méricourt y trouva une quantité considérable d'ankylostomes longs de 9 à 15 millimètres, sur lesquels il put constater au microscope tous les caractères assignés par Davaine à ce nématode. A la même époque, Wucherer publiait, dans la *Gazette médicale de Bahia*, le résultat de ses recherches sur cette maladie. Comme Griesinger et Grenet, il avait retrouvé l'ankylostome duodéal dans le tube digestif de tous les sujets qu'il avait autopsiés, et il arrivait à conclure que l'anémie profonde à laquelle ils avaient succombé était la conséquence de la soustraction constante du sang effectuée par ces parasites attachés comme des sangsues à la muqueuse de l'intestin grêle. Dans le cours de la même année, Riou-Kerangal, médecin en chef à la Guyane française, signalait, dans son rapport officiel, des faits tout aussi concluants. « Nous avons pu, dit-il, constater sur une vaste échelle la présence de ces helminthes dans le tube digestif des sujets morts d'anémie. Nous les avons trouvés chez les Indiens coolies, les Arabes, les Chinois et surtout chez les Européens.

Des observations aussi concordantes faites sur des sujets de races diverses, et sur des points du globe si éloignés les uns des autres, nous paraissent décisives. Elles suffisent à nos yeux pour établir d'une manière définitive la nature de la cachexie africaine, et pour justifier la place que nous lui avons assignée dans notre cadre.

5° *La trichinose.* — Cette maladie est celle dont la nature parasitaire a été le plus récemment découverte, et comme la science a fait connaître en même temps les moyens de la prévenir, c'est assurément un des services les plus signalés qu'elle ait rendus de nos jours à l'hygiène, un des plus beaux titres de gloire que le microscope soit en droit de revendiquer¹. La *trichinose* a très-probablement existé de tout temps. Des maladies épidémiques, sur la nature desquelles on n'a jamais été fixé, doivent vraisemblablement lui être rapportées. Tel est peut-être le cas de celle qui a régné à Paris en 1828 et 1829. Restée à l'état d'énigme, et désignée en désespoir de cause par un de ses symptômes, l'acrodynie, dans laquelle les uns ont cru reconnaître l'ergotisme, et les autres la pellagre, présente avec la trichinose une telle analogie de symptômes qu'il est permis de supposer, avec Le Roy de Méricourt, qui a le premier établi ce rapprochement², qu'elles ne constituent qu'une seule et même maladie. Quoi qu'il en soit, il est certain qu'elle a régné à l'état épidémique, en Allemagne, longtemps avant l'époque où on a pu lui assigner une cause. On la confondait alors avec d'autres maladies et le plus souvent avec la fièvre typhoïde. L'attention était cependant fixée sur les *trichines* depuis une vingtaine d'années. En 1852, Hilton, médecin de l'hôpital Guy, à Londres, les avait découvertes chez un malade mort d'une affection cancéreuse, mais il les avait prises pour de très-petits cysticerques. D'autres médecins anglais firent des observations analogues, et arrivèrent à reconnaître la nature du parasite qu'ils avaient sous les yeux, mais sans pouvoir remonter à son mode de production. En 1840, on comptait déjà 24 cas publiés de cette singulière affection. C'est alors que les savants allemands s'en émurent et commencèrent une série de recherches qui ne devaient produire leurs fruits que vingt ans plus tard. Il était déjà très-probable que les trichines musculaires ne représentaient que la première phase de développement d'un ver nématode, et qu'elles obéissaient dans leur évolution ultérieure à la théorie générale des générations alternantes; mais pour par-

¹ Voy. pour l'histoire de la trichinose :

Lasègue, de l'État actuel de la science sur les trichines de l'homme (*Archives générales de médecine*. Décembre 1862.)

Fritz, les Trichines et la trichinose (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. Année 1866, pages 131, 148, 226, 242, 274, 306.)

² Voy. *Archives de médecine navale*, t. IV, p. 451.

venir à le constater, il fallait les trouver dans le tube digestif. C'est dans ce but que Leuckart et Kuchenmeister¹ instituèrent leurs expériences, dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer, mais qui eurent pour résultat de faire mieux connaître l'organisation et le mode de reproduction des trichines, d'établir d'une manière positive qu'elles ne pouvaient représenter en aucune manière la première phase du développement d'un des entozoaires déjà connus, et qu'elles constituaient une espèce à part, le *Trichina spiralis*, de l'ordre des nématoïdes. Il restait un dernier pas à faire; il fallait saisir chez l'homme les trichines à leur période d'immigration, il fallait démontrer qu'il en emprunte les germes aux animaux dont il fait sa nourriture. C'est à Zenker que revient le mérite de cette découverte. Au mois de janvier 1860, il trouva sur le cadavre d'une jeune fille morte à l'hôpital de Dresde, à la suite d'une affection qu'on avait prise pour une fièvre typhoïde, de jeunes trichines dans la plupart des muscles striés de l'économie, et, dans le jéjunum, des trichines mâles et femelles ayant acquis leur développement complet. En allant aux renseignements, il constata la présence de ces entozoaires dans un jambon provenant d'un porc tué quelque temps avant dans la maison qu'habitait la malade, et dont la chair avait déterminé des accidents chez tous ceux qui en avaient mangé. Ce fait, reproduit dans tous les journaux de médecine, eut en Allemagne un immense retentissement. De tous les côtés affluèrent les observations isolées, les relations d'épidémies, les travaux relatifs aux transformations du nouveau parasite, dont l'histoire fut bientôt complète. Il fut reconnu qu'il s'introduit dans le corps de l'homme par les voies digestives, qu'il provient exclusivement de l'usage de la viande de porc chargée de trichines, que ces animaux l'empruntent très-probablement aux cadavres des rats, des chats, des hérissons, des fouines abandonnés sur les fumiers ou dans les champs, et qui en sont eux-mêmes infectés, sans qu'on ait pu jusqu'à ce jour en reconnaître la cause. Ces faits étranges ne tardèrent pas à éveiller l'attention des gens du monde; l'apparition d'une maladie nouvelle, aussi effrayante par son origine que par ses résultats, porta la terreur dans toutes les classes de la société; les gouvernements s'en émurent, ils ordonnèrent des enquêtes,

¹ Leuckart, *Untersuchungen über Trichina spiralis*. Virchow's *Archiv*, t. VIII, p. 550 et 555.

publièrent des règlements de police, des instructions pour les médecins cantonaux et pour les experts. Quelques années après, les mêmes craintes se produisirent en France, bien qu'on n'en eût pas encore observé un seul cas sur la rive gauche du Rhin. Aujourd'hui, cette émotion s'est apaisée, les précautions prises ont porté leurs fruits, mais les faits acquis à la science restent comme un avertissement pour l'avenir. De 1860 à 1865, en Allemagne seulement, on ne compte pas moins de 40 épidémies ayant sévi dans plus de 50 localités différentes. La plus meurtrière a été celle de Heldersleben. D'après les renseignements fournis par le professeur Lebert (de Breslau)¹, on y a observé 400 malades et enregistré 100 décès sur une population de 2000 âmes environ. La dernière est toute récente; elle a eu lieu à la fin de 1869, à Schonebeck. Hamon, qui en a communiqué la relation à la Société médicale de Vienne, émet l'opinion que la trichinose est devenue endémique en Allemagne. Les statistiques les plus modestes portent à 2000 au moins les cas de trichinose qui se sont produits en Allemagne pendant ces cinq années. C'est du reste le seul pays où elle se soit montrée sous la forme épidémique. En France, ainsi que nous l'avons dit, on n'en a pas signalé un seul cas dans les villes ni dans les campagnes, dans l'armée ni dans la marine. Il en est de même en Belgique. Les faits signalés dans la province de Liège ont été reconnus controuvés. On en a bien observé quelques-uns en Angleterre, en Amérique et même dans l'Inde, mais à l'état de cas isolés. La trichinose reste donc jusqu'ici confinée en Allemagne, et bien qu'elle s'y soit presque toujours produite sous forme épidémique, on peut la mettre au rang des endémies, au même titre que l'ergotisme et la suette, dont nous nous avons parlé précédemment. Il résulte du rapport adressé en 1866 à l'administration, par MM. Reynal et Delpech², qu'elle y existe depuis de longues années, qu'on en trouve des traces certaines à partir de 1845, que chaque année on en observe quelques cas dans la plupart des hôpitaux des grandes villes, et que, dans les autopsies de sujets morts à la suite d'autres maladies, on rencontre très-fréquemment des trichinoses anciennes guéries par l'enkys-

¹ Lebert, *Lettre sur les trichines* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXXI).

² Delpech, *Les Trichines et la trichinose chez l'homme et chez les animaux*, rapport lu à l'Académie de médecine, le 16 mai 1861. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2^e série, 1866.)

tement des parasites. La proportion est de 4 à 6 pour 100 autopsies à Leipzig, d'après Wagner. Sa fréquence en Allemagne tient d'une part, à ce que l'usage de la viande de porc y est très-répandu, surtout parmi les classes ouvrières, qui la mangent le plus souvent à l'état cru, ou après une cuisson tout à fait insuffisante pour faire périr les trichines, et que, de l'autre, ce parasite est assez commun chez les pores de ce pays. Sur 40,000 de ces animaux abattus en moins de deux ans, on en a trouvé 31 infectés. Cette proportion paraîtra considérable si l'on songe qu'il a suffi d'un seul porc trichiné pour causer la terrible épidémie d'Heldersleben dont nous avons parlé et qui fit périr un vingtième de la population.

II. Les *parasites cutanés* sont loin d'avoir en pathologie la même importance que les *entozoaires*. Ils sont de deux sortes : les uns appartiennent au règne animal et portent le nom d'*épizoaires*, par opposition à ceux qui nous ont précédemment occupés, les autres appartiennent au règne végétal, et sont désignés habituellement sous celui d'*épiphytes*, bien que ce mot, pris dans son sens étymologique, ne doive s'appliquer qu'aux parasites qui vivent sur les plantes.

A. Parmi les *épizoaires*, le *dragonneau* et la *chique* sont les seules qui nous paraissent appartenir à notre sujet. Nous n'y ferons pas entrer la gale, parce qu'elle se rencontre partout où la misère, la malpropreté et l'incurie favorisent sa propagation, parce que l'*acarus* qui la produit n'a aucun rapport avec le sol, qu'il vit, se reproduit et meurt sous l'épiderme ou à sa surface. La gale, dit Rayer, n'est ni endémique, ni épidémique. On l'observe dans tous les climats, dans toutes les saisons, à tous les âges et dans toutes les conditions de la vie. C'est donc à tort que les auteurs la font figurer parmi les maladies endémiques de la Bretagne. Elle est encore assez répandue dans quelques-unes des plus pauvres communes du Morbihan et du Finistère, mais cela tient aux conditions que nous avons indiquées plus haut, et d'ailleurs elle y devient de plus en plus rare. Quant à l'*ichthyose* et aux *dartres*, qu'on range aussi dans cette catégorie, nous pouvons affirmer qu'elles ne sont pas plus communes en Bretagne que partout ailleurs.

1° Le *dragonneau*, *ver de Médine*, *ver de Guinée* (*filaria Medinensis*) de l'ordre des nématoides, ne se rencontre guère que dans les régions intertropicales. On le trouve surtout en

Afrique et plus particulièrement à la côte occidentale; dans la Sénégambie, sur les bords du Sénégal, à Podor, à Bakel, à Galam, dans le golfe de Guinée, à Sierra Leone. Il est inconnu dans le pays d'Axim, dans le Dahomey et dans la majeure partie du Soudan; cependant Richardson l'a rencontré dans le S.-O. du Cordofan, à Tumale, et Bertherand le dit endémique à Tuggurt¹. Clot-Bey, Bruce, Pruner, Fischer s'accordent à déclarer qu'il ne naît pas en Égypte, qu'on ne l'observe que depuis la conquête de Sennaar et du Cordofan, et qu'il y a été importé par des noirs de ces contrées. Il n'existe pas en Abyssinie, au dire de Guérault, et les médecins de la marine ne le signalent pas non plus dans leurs rapports sur les maladies du Gabon. Il est assez commun en Arabie et très-répandu dans l'Inde. D'après les statistiques de Morehead, il atteint 3 individus sur 100 dans la présidence de Bombay; il a pu en relever 2,927 cas sur les registres des hôpitaux de cette province², Mac Gregor rapporte que 200 soldats d'un régiment anglais y furent atteints de dragonneau, au changement de mousson, au moment où on commençait à le rencontrer chez les indigènes. Dans la division nord du Deccan, la proportion s'élève à 5 pour 100. Il n'est pas endémique dans l'archipel Indien; on ne l'y observe jamais chez les naturels. Il a été importé à Java par des noirs venus de Saint-Gorges d'Elmina (côte de Guinée), mais il ne s'est pas répandu dans la population. On le rencontre au Brésil, à la Guyane, aux Antilles, et particulièrement à Curaçao, où le quart de la population en est affecté, au dire de Bremser. Il est possible qu'il ait été importé dans ces parties de l'Amérique par les esclaves venus de la côte d'Afrique.

Le dragonneau est connu depuis les temps les plus reculés, puisque 200 ans avant J. C., Agatharchide de Cnide en signalait déjà la présence chez les habitants des bords de la mer Rouge. Cependant son étude n'est pas encore aussi complète que celle des parasites de nos climats; quelques points de son histoire restent encore obscurs. Il paraît certain que ses embryons se développent et vivent dans les eaux stagnantes et dans la vase

¹ Bertherand, E. L. *Hygiène et médecine des Arabes*. Paris, 1855, in-8°, p. 426.

² Morehead. *On Dracunculus in the 4th light Dragoons* (*Transact. of the med. and physio. Soc. of Bombay*. 1855). — *Clinical Researches on disease of India*. London, 1856.

des marais. Sa fréquence après les grandes pluies et chez les individus qui vivent sur le bord des rivières, semble le démontrer. On n'a pu reconnaître encore d'une manière positive son mode de pénétration dans l'organisme. Quelques auteurs pensent qu'il s'y introduit par les voies digestives, que ses embryons sont avalés avec les eaux non filtrées, qu'il fait effort pour s'échapper à une certaine époque de sa vie, afin de faire sa ponte au dehors, et que c'est alors qu'on le trouve dans le tissu cellulaire. C'est l'opinion de Motard, mais elle nous paraît inadmissible. On n'a jamais trouvé le dragonneau ailleurs que dans le tissu cellulaire, et c'est presque exclusivement aux membres inférieurs qu'on le rencontre. Sur 172 cas relevés par Gregor, il siégeait : 124 fois aux pieds, 33 fois aux jambes, et 11 fois aux cuisses. On ne le voit presque jamais que chez les gens qui marchent pieds nus. Il est donc infiniment probable que les larves de dragonneau s'attachent à la peau, s'introduisent, grâce à leur extrême ténuité, dans le conduit excréteur d'une glande sudoripare ou dans la gaine d'un poil, s'y développent lentement, et finissent par traverser le derme pour pénétrer dans le tissu cellulaire. Cette évolution, d'après Davaine, peut durer de deux mois à trois ans. Nous ne mentionnerons que pour mémoire la singulière opinion émise, sous forme de doute il est vrai, par Littré et Robin, et d'après laquelle le *trichina spiralis* ne serait que la larve du filaire de Médine¹. Il suffit pour en faire justice, de rappeler que l'évolution des trichines a été suivie dans toutes ses phases, qu'il a été reconnu qu'elles ne pouvaient se rapporter à aucune des espèces antérieurement connues, que le domaine géographique de ces deux nématoïdes est séparé par une distance de près de 400 lieues, et que le dragonneau est aussi inconnu en Allemagne que les trichines à la côte d'Afrique, dans les Antilles et dans l'Indoustan.

2° La *chique*, ou *puce pénétrante*, *pulex penetrans* de Linnée), désignée au Brésil sous le nom de *Tunga*, de *Jatecuba*, de *Migor*, appelée par les Mexicains *Tu* ou *Tungay* (puce méchante), et par les Portugais *Bichos dos pes*, est un insecte du genre *pulex*, et de l'ordre des *aphaniptères* ; c'est du moins la place que lui assigne G. Bonnet², médecin de première classe

¹ Littré et Robin, *Dictionnaire de médecine*. Paris, 1865.

² G. Bonnet. *Mémoire sur la puce pénétrante ou chique* (*Archives de médecine navale*, t. VIII, pages 46, 84, 258).

de la marine, l'auteur du travail le plus complet qui ait paru sur ce sujet. La chique est, comme le dragonneau, un produit des régions torrides : on la rencontre exclusivement dans la zone intertropicale des deux Amériques, au Brésil et enfin au Paraguay. Si l'on s'en rapporte aux assertions de Skripitzin, reproduites par Hirsch, elle serait aussi endémique à la côte occidentale d'Afrique, sur celle de Mozambique et dans l'intérieur du continent africain ; mais cet observateur a évidemment dû se tromper, car nous n'avons pu trouver aucune mention de cette maladie dans les nombreux mémoires de ceux de nos confrères qui ont été attachés à la colonie du Sénégal, aux postes du haut du fleuve et aux comptoirs de la côte d'Or et du Gabon. Des officiers, des médecins, ayant passé de longues années à la côte et dans le haut du fleuve, dans des rapports de chaque jour avec les indigènes, nous ont affirmé que la chique y était inconnue. Les documents relatifs à Madagascar et à Mayotte sont également muets à cet égard, et nous n'avons pas eu occasion de l'observer à Nossi-Bé. Son domaine géographique reste donc borné à la partie de l'Amérique que nous avons indiquée. Elle ne semble pas susceptible de s'acclimater dans les pays froids ; cependant G. Bonnet cite un fait qui permet de conserver quelques doutes à cet égard.

La nature du terrain ne semble pas avoir d'influence marquée sur son développement. Comme tous les insectes de ce genre, elle recherche les lieux habités où règnent la malpropreté et la misère, les vieilles huttes, les carbets abandonnés, les rez-de-chaussée des maisons mal tenues, les écuries, les étables à pores particulièrement. Elle s'attaque à toutes les races sans distinction d'âge ni de sexe et n'épargne pas les animaux domestiques. Nous ne pouvons pas passer en revue la série d'accidents qu'elle détermine, les ulcères de mauvaise nature qu'elle provoque et qu'elle entretient, les complications graves qui surgissent souvent, et parmi lesquelles la gangrène figure au premier rang. Ces détails spéciaux ainsi que ceux qui ont trait à l'histoire naturelle, ont été traités avec un remarquable talent par M. G. Bonnet dans le travail que nous avons cité et auquel nous avons emprunté la plupart des détails qui précèdent.

B. Les *parasites cutanés* d'origine végétale sont tous des cryptogames. Leur découverte encore récente a éclairé d'un

jour tout nouveau l'étude des affections du cuir chevelu, mais la plupart de celles-ci ne sont pas des maladies endémiques. La plique polonaise est la seule qui nous paraisse mériter ce nom.

1° La *Plique* (de πλέζειν, mêler, entortiller) est également désignée sous le nom de *trichoma*, d'*affection trichomatique*, de *plie*. C'est une maladie du système pileux caractérisée par l'agglutination, le feutrage de la chevelure qui prend un développement énorme et se divise en touffes, en queues, en lanières de l'aspect le plus bizarre. Elle s'accompagne le plus souvent d'un suintement visqueux et fétide du cuir chevelu. Sa nature a donné lieu aux opinions les plus contradictoires, jusqu'à la découverte du *trycophyton* qui lui donne naissance. Les uns, comme Gasc et Davikson, en niaient l'existence en tant que maladie particulière. Ce feutrage, cette agglutination n'étaient à leurs yeux que le résultat de la malpropreté, du défaut de soin, de l'habitude de porter les cheveux longs et de les couvrir de bonnets fourrés. Les autres la considéraient comme le symptôme local d'une diathèse analogue à la syphilis, à la scrofule, au scorbut, au rhumatisme et à la goutte ; ils admettaient une *diathèse trichomatique*, un virus coltonique. Il est inutile aujourd'hui de discuter ces opinions, puisqu'on sait à quoi s'en tenir sur la cause de la maladie. En 1843, Guensburg découvrit le *mycodermé* ou trichomaphyte de la plique polonaise, espèce du genre *tricophyton* voisine du *tricophyton tonsurans* de l'herpès tonsurant et de la mentagre. Cette découverte la fit ranger définitivement dans la classe déjà nombreuse des maladies parasitaires du cuir chevelu, à côté des différentes variétés de teigne, mais tandis que celles-ci sont disséminées à peu près partout sans offrir dans aucune contrée, un caractère de fréquence susceptible de fixer l'attention, la plique au contraire a un domaine géographique bien limité.

On la rencontre sur le territoire de l'ancienne Pologne depuis la Vistule jusque dans les monts Carpathes ; elle est surtout très-répondue dans le grand-duché de Posen et en Lithuanie, où elle affecte plus particulièrement les districts de Luck et de Einsk. Elle règne également dans la Galicie, la Wolhynie, l'Ukraine ; elle a été observée à l'état sporadique en Silésie, en Bohême en Souabe, en Prusse, en Saxe et même, suivant Metzlar, dans l'île de Ceylan. En somme, c'est une maladie endémique de la Pologne, ainsi que l'indique son nom. Elle y est si ré-

pandue que, dans les gouvernements de Cracovie, de Sandomir et dans le duché de Sérésie, on la retrouvait, au commencement du siècle, chez les paysans, les mendiants et les juifs, dans la proportion de 2 à 3 sur 10 ; chez les nobles et chez les riches, dans celle de 2 sur 30 ou 40¹. En 1844, Szokalski est arrivé, à l'aide de calculs très-approximatifs, il est vrai, à établir que le nombre des cas de plique pour la Pologne toute entière devait osciller entre 110,000 et 150,000. On ne sait pas d'une manière précise à quelle époque elle y est apparue. Quelques auteurs prétendent qu'elle y a été importée de l'Orient, à la suite de la troisième invasion des Tartares, et qu'elle y est connue depuis 1285, mais le premier document scientifique un peu sérieux que l'on possède à son égard, date de 1599, époque à laquelle Laurent Starnigel, recteur de la faculté de Zamosk, consulta la faculté de Padoue au sujet d'une maladie nouvelle (Frank.).

2° Le *pieu de Madura*. Nous croyons devoir ranger, en dernier lieu, dans cet ordre de maladies endémiques, une affection particulière à certaines contrées de l'Inde, et sur laquelle les médecins de l'armée anglaise ont appelé l'attention depuis une trentaine d'années. On la désigne sous le nom de *pieu de Madura*, de *pieu de Cochin*, de *Goutlon-Mahdi*, de *Péricæ* (gros pieu), de *Anaycæ* (pieu d'éléphant), de *Kirinagrah*, etc. A ces dénominations qui n'ont aucune signification, Collas a préféré l'expression de *dégénération endémique des os du pieu*² et Carter, qui en a fait connaître la véritable nature, l'a nommé *maladie du fungus de l'Inde*³. Son domaine géographique s'étend depuis la pointe sud de l'Indoustan, jusqu'au nord du Pandjâb ; il est compris entre le 10° et le 35° degré de latitude nord, et mesure près de 600 lieues dans ce sens. C'est dans la présidence de Madras que cette affection est le plus répandue, et notamment dans les environs de Madras et de Pondichéry, à Madura (province de Carnatic), à Bellary (province de Balaghaut), à Cochin, à Cuddapah. On l'a observé également à Bicanir (province d'Adjmir), à Bahawalpur, sur les frontières du Pandjâb,

¹ Lafontaine, *Traité de la plique polonaise*, in-8°. Paris, 1808.

² Collas, *Leçon sur la dégénération endémique des os du pieu*. Pondichéry, 1861.

³ Vandyke Carter, *The Fungus disease of India*. Bombay, 1861.

à Hissar (province de Delhi), à Sirsa, à Jhelum dans le Pandjâb, et enfin à Kutch, à Kattywar et à Guzerat.

Cette maladie n'a guère été observée jusqu'ici que sur les natifs, et particulièrement sur les Hindous. Parmi les cas signalés dans les différents mémoires, on ne compte qu'un musulman. On la rencontre chez des individus de toutes les castes, mais ceux qui portent des chaussures, comme les Européens, en paraissent à l'abri. Elle attaque presque exclusivement les pieds, et jamais les deux pieds à la fois. Ce n'est que dans des cas extrêmement rares qu'elle s'observe aux articulations de la main. Sa marche est excessivement lente, et jamais on n'a encore eu l'occasion de l'étudier à une époque voisine de son début. Les malades ne réclament le plus souvent les secours de l'art qu'au bout de plusieurs années, alors que le pied ne présente plus qu'une masse informe, d'une dureté ligneuse, couverte d'aspérités, criblée de trajets fistuleux, par lesquels la sonde pénètre jusque dans la substance des os. Les ouvertures donnent issue à un liquide sanieux, jaunâtre, fétide, dans lequel nagent de nombreux corpuscules de forme irrégulière, dont la couleur varie du noir au gris, et qu'on rencontre également réunis en masses ovoïdes au milieu des tissus profondément altérés dans leur texture et devenus méconnaissables. Ces corpuscules constituent l'élément histologique spécial à la maladie. Carter, à l'aide du microscope, en a reconnu la nature et leur a assigné le caractère *épiphytique*. Presque à la même époque, Biddie arrivait au même résultat. La nature du parasite n'est pas encore bien déterminée. Biddie le range dans le genre *oidium*, Carter pense qu'il appartient à celui des *myxo sporées*. M. J. Berkeley partage cette opinion et propose de nommer ce champignon *Chioniphe Carteri*. Nous devons ajouter toutefois que Ch. Robin, qui fait autorité en pareille matière, a observé ces granulations sur un pied envoyé de Pondichéry par Collas, et que nous avons eu l'occasion de voir nous-même. Cet éminent micrographe n'y a reconnu que des cellules d'épithélium prismatique, déposées en couches concentriques, et accompagnées d'une matière amorphe finement grenue et de gouttes grasses. Il peut donc encore rester quelques doutes sur la nature épiphytique du pied de Madura, toutefois, elle nous paraît assez probable pour justifier son admission dans le cadre des endémies parasitaires.

IV^e Classe. — MALADIES ENDÉMIQUES DE NATURE VIRULENTE.

Parmi les affections spécifiques et contagieuses qui reconnaissent pour cause l'action d'un virus, il n'en est qu'un petit nombre qui offrent le caractère de l'endémicité. Nous rangerons dans ce nombre :

I. *Maladies syphiloïdes.* — A l'exemple de Rayer, nous désignerons sous ce nom ces formes dégénérées de la syphilis, particulières à certaines contrées, et qui ont été décrites comme des maladies spéciales par les auteurs qui les ont étudiées pour la première fois, et qui en ont méconnu le véritable caractère. Des observations plus complètes, des renseignements plus précis nous permettent aujourd'hui de débrouiller ce chaos et de faire cesser une confusion d'autant plus regrettable, qu'en fait d'affections syphilitiques, l'étiologie implique le traitement.

La syphilis n'est pas une maladie endémique. Depuis la grande épidémie du quinzième siècle, elle a pénétré dans toutes les contrées du globe, et il n'est peut-être pas de maladie qui soit aussi universellement répandue. En Europe, où de bonne heure on a su la traiter d'une manière convenable, elle a notablement perdu de sa gravité primitive; nous n'avons plus sous les yeux qu'une forme mitigée de la redoutable affection qui s'y est implantée il y a quatre cents ans, mais, chez les peuples moins éclairés, qui ne l'ont connue que plus tard, chez lesquels elle est abandonnée à elle-même ou livrée à l'empirisme le plus inintelligent, où la misère et la malpropreté lui viennent en aide, elle a conservé toute son intensité première, et les médecins des régions intertropicales sont chaque jour témoins des épouvantables désordres qu'elle produit encore chez les individus appartenant aux races colorées. Dans certaines localités, elle semble s'être combinée avec d'autres maladies, et notamment avec la lèpre et la scrofule, pour donner naissance à ces affections hybrides, dont nous allons nous occuper. Si l'on veut en bien apprécier les caractères, il ne faut pas les comparer à la syphilis que nous avons aujourd'hui sous les yeux; il faut, comme l'a bien compris Rollet, dans un travail remarquable, auquel nous ferons de nombreux emprunts¹, se reporter à l'époque de son invasion.

¹ J. Rollet, *Recherches sur plusieurs maladies de la peau réputées rares ou exotiques, qu'il convient de rattacher à la syphilis* (*Archives générales de médecine*, 1861, 5^e série, t. XVII, pages 5, 244, 279).

On retrouve alors une analogie de symptômes qui ne laisse plus de doutes dans l'esprit.

Dans le groupe des maladies syphiloïdes, il en est qui méritent à peine ce nom, tant leur identité avec la syphilis est évidente; il en est d'autres qui, sous l'influence du climat, de la race, et peut-être de cette alliance pathologique dont nous parlions tout à l'heure, ont revêtu quelques caractères spéciaux qui ont rendu la méprise plus facile.

A. Nous rangerons dans la première catégorie: 1° Le *schèrlievo* ou *maladie de Fiume*. Cette affection éclata tout à coup en 1800, dans le village de ce nom, voisin de la ville de Fiume, sous la forme d'une épidémie assez intense pour appeler l'attention du gouvernement. Elle se répandit les années suivantes dans les provinces de Buccari, de Viccodol et de Fuccini. Les observations de Cambieri¹, qui la décrit à l'époque de son apparition, celles des médecins qui l'ont étudiée depuis, ne permettent pas de douter qu'ils aient eu affaire à une épidémie de syphilis, d'une gravité et d'une rapidité d'évolution exceptionnelles. Nous en dirons autant de la suivante, qui apparut quelques années auparavant dans une localité voisine, et qui paraît éteinte depuis 1814.

2° La *falcadine* (*syphilis falcadina*) a tiré son nom du petit village de Falcado, dans la province de Bellune, limitrophe du Tyrol, où elle fut introduite en 1786 par une mendicante, et observée par le médecin italien Zecchinelli. Contagieuse au plus haut degré comme la précédente, aussi grave, aussi rapide dans sa marche, elle a été souvent confondue, dans le pays, avec des cas de scorbut, de cancer, de favus, et surtout avec la gale qui y est extrêmement répandue. C'est là ce qui a causé la confusion, qui a longtemps régné à son égard.

3° Le *sibbens d'Écosse* est une maladie particulière à la région occidentale de ce pays, et surtout aux provinces de Galloway et d'Airshire. Elle y règne depuis la fin du dix-septième siècle, et les soldats de Cromwell sont accusés de l'y avoir importée. Gilchrist en a parlé le premier en 1765, et John Bell l'a décrite d'une manière très-complète. Elle attaque surtout les enfants qui la transmettent à leurs nourrices, et présente

¹ Cambieri, *Storia della malattia di Schèrlievo*, *Annali universali di medicina*, vol. XII, fasc. 54-55, octob. novembre 1819; fasc. 56, décembre, p. 275. Analyse dans le *Journal général de médecine et de chirurgie* t. XLII, p. 1.

pour symptôme particulier une excroissance fongueuse de couleur cuivrée, qui lui a valu son nom de *sibbens*, et qui l'a fait désigner également sous celui de *yaws*, à cause de sa ressemblance avec le *pian* dont nous parlerons bientôt. Le mercure en est le seul remède spécifique. Tous les médecins qui l'ont observé, et notamment Swediaur et Wills la rapportent à la syphilis. Alibert l'a rangée dans le groupe des dermatoses véroleuses sous le nom de *mycosis syphiloïde* en même temps que le *scherlievo*, Rayer dans celui des *syphiloïdes*.

4° Le *button scurvy d'Irlande*, se rapproche du *sibbens d'Écosse* par son domaine géographique, et par le symptôme qui lui a valu son nom. Observé par Autenrieth, en 1823, décrit en 1827 par Wallace, sous le nom de *morula*, il a été étudié depuis par Corrigan, Osbrey, Faye, Petterson, Wade et Kelly. On ne sait rien de son origine; on ignore à quelle époque il s'est manifesté en Irlande. On n'est pas mieux fixé sur sa nature. Les auteurs que nous venons de citer s'accordent à le considérer comme étranger au scorbut; le nom de *button scurvy* est donc essentiellement impropre. Wallace et Corrigan le regardent comme l'analogue du *frambœsia*. Les descriptions qu'ils en ont données se rapportent plutôt à des accidents secondaires de syphilis et à des cas de *rupia*.

5° Le *mal de la baie de Saint-Paul*, désigné dans le pays sous le nom bizarre de *maladie des éboulements*, et par Sorel, sous celui de *mal de chicot*, apparut dans la baie de Saint-Paul, entre 1770 et 1780, et s'y répandit si rapidement, qu'en 1785 on comptait au Canada 5800 personnes qui en étaient atteintes. La maladie étudiée pour la première fois par Beaumont, chirurgien français établi à Québec, et que le gouverneur envoya sur les lieux, offrait la même gravité de symptômes, la même rapidité d'évolution que les affections précédentes, et n'était comme elle qu'une épidémie de syphilis. « Tout bien considéré, dit Swediaur, cette maladie contagieuse du Canada et le *sibbens d'Écosse*, me paraissent présenter l'image identique de la vérole du quinzième siècle. » C'est, en effet, ce qui ressort des descriptions que les auteurs nous en ont laissées. Ces mêmes caractères se retrouvent du reste dans toutes ces épidémies locales de syphilis au dix-huitième siècle, et notamment dans celles dont il nous reste à parler, et que nous n'aurions pas men-

¹ Rayer, *Traité des maladies de la peau*, 2^e édition. 1835.

tionnées, en raison de leur peu de durée, si nous ne les trouvions pas indiquées partout comme des maladies endémiques. Telles sont :

6° Le *pian de Nérac*. Joseph Raulin, docteur en médecine et médecin ordinaire de la ville de Nérac, en la province de Guienne, a décrit sous ce nom très-impropre, une épidémie de syphilis infantile, propagée des enfants aux nourrices et réciproquement, et qui se manifesta à Nérac, au mois de juin 1752.

7° Le *mal de Sainte-Euphémie* qui apparut dans la localité dont il porte le nom, au mois de mai 1827, n'était également qu'une petite épidémie de syphilis. La maladie avait été communiquée directement à une cinquantaine de femmes au moment de l'accouchement, par une sage-femme atteinte de chancre à l'index droit. Celles-ci l'avaient transmise à leurs enfants et à leurs maris, et, en quatre mois, il y eut, à Sainte-Euphémie, plus de 80 personnes contaminées. Il est véritablement inutile d'insister sur un fait aussi clair et aussi peu important.

8° La *maladie de Chavanne Lure*, observée en 1820, offre encore moins d'intérêt. Elle n'atteignit guère qu'une trentaine de personnes, ne sortit pas du cercle d'un petit nombre de familles, et ne dura pas plus de deux ans.

9 La *maladie de Brünn*, en Moravie, s'est encore dissipée plus rapidement. Éclore dans le courant de 1578, elle avait disparu au printemps suivant. En l'espace de quelques mois, elle avait atteint près de 200 personnes. La seule particularité intéressante de son histoire est son mode de propagation. Elle s'était montrée chez les premiers malades à la suite d'applications de ventouses scarifiées, faites sans doute avec un instrument contaminé, et ils l'avaient communiquée aux autres par les voies ordinaires de la contagion si active à cette époque. Ce n'est pas seulement au seizième siècle, qu'on a eu l'occasion d'observer des faits d'inoculation syphilitique par des instruments de chirurgie.

B. Les maladies auxquelles le nom de syphiloïdes s'applique à plus juste titre sont :

1° La *Radesyge*. Il règne en Norwège deux maladies endémiques, la *Spedalskhed* et la *Radesyge*, qui ont été confondues jusqu'en 1847, époque à laquelle Boëck et Danielssen les ont définitivement séparées¹. Grâce aux remarquables travaux de ces

¹ Danielssen et Boëck, *Traité de la Spedalskhed ou éléphantiasis des Grecs*.

deux médecins, on sait aujourd'hui que la *spedalskhed* n'est autre chose que la lèpre tuberculeuse, et que la *radesyge* en est complètement distincte. Cette dernière a éclaté en Norwège vers 1710, et en Suède vers 1787. Elle y règne depuis à l'état endémique, particulièrement dans les trois arrondissements de Tjorn, Oroust et Lahne, où elle atteint, d'après les calculs de Kjerulf, environ 1 habitant sur 5,000. En Norwège, le nombre en serait plus considérable et s'élèverait à 1 sur 1500 habitants. On la retrouve également, mais sous un autre nom, dans le Jutland, dans le Holstein, suivant le docteur van Deurs, et en Esthonie, d'après Erdmann.

La plupart des médecins danois et norwégiens de notre époque la regardent comme une syphilis modifiée par le climat. Telle est notamment l'opinion des docteurs Hjort, Kjerulf et Magnus Huss, qui l'ont étudiée et décrite avec le plus grand soin dans ces derniers temps, le premier en Norwège, les deux autres en Suède, et qui la rangent dans la classe de ces affections indéterminées qu'on désigne sous le nom de *pseudo-syphilis* ou de *syphiloïdes*. Cette manière de voir est aussi celle du docteur Boëck, qui, après avoir, en 1844, soutenu, au congrès des naturalistes de Christiania, que la *radesyge* était une maladie particulière bien distincte de la syphilis, a depuis reconnu son erreur, et propose de supprimer le nom de *radesyge* des cadres nosologiques¹.

2° Le *Pian d'Amérique*, le *Yaws d'Afrique*, le *Frambæsia* de la plupart des dermatologistes, le *Bobas* du Brésil, le *Gallao* de Guinée, ne constituent qu'une seule et même maladie, et pour nous comme pour Rollet, c'est encore la syphilis; mais ici les avis ont été plus partagés. Hunter qui s'y connaissait, regardait les deux maladies comme distinctes. C'était aussi l'opinion de Rayer, bien qu'il ait rangé le pian parmi les syphiloïdes; elle a été défendue depuis par Paulet, Sigaud, Gibert, Gintrac et les auteurs du *Compendium de médecine*. Dazille, Alibert, Rochoux, Rollet, au contraire, le regardent comme une syphilis modifiée par le climat et la race. Les médecins de la marine, qui ont l'occasion de l'observer chaque jour dans les différentes contrées où il règne à l'état endémique, partagent tous cette manière de voir. C'était celle de Bonjean, médecin en chef de nos

¹ Boëck, *Traité de la radesyge*. Paris et Christiania, 1860.

établissements de l'Inde ; c'est encore celle du docteur Huillet, médecin principal et auteur d'un excellent travail sur les maladies de ce pays¹. A Mayotte, où le pian est très-commun, la même opinion s'est accréditée parmi nos confrères. Grenet, que nous avons déjà cité à propos de l'*ankylostome duodéal*, l'exprime de la manière la plus formelle. C'est, dit-il, un produit secondaire de la syphilis, identique aux plaques muqueuses, aux pustules plates, contagieux comme elles, et justiciable comme elles du traitement mercuriel, dont l'efficacité est aussi constante que rapide². Le docteur Silliau m'a affirmé avoir vu, sous son influence, des guérisons s'opérer en moins d'un mois. On observe les mêmes récurrences après un traitement insuffisant. On voit souvent sur le même sujet des accidents syphilitiques incontestables, coïncidant avec des tubercules de pian. Il n'est pas rare aux Comores de rencontrer le pian chez des enfants nés de parents syphilitiques, la syphilis constitutionnelle chez des hommes dont les femmes sont atteintes de pian, et réciproquement. Cette maladie paraît spéciale aux races colorées. On la rencontre à la côte occidentale d'Afrique, depuis la rive gauche du Sénégal jusqu'au cap Nègre. Le frambœsia s'observe à la côte de Coromandel, mais il n'y attaque que les Indiens, d'après Huillet. Il est commun aux Moluques, où comme nous le verrons, on lui donne un nom spécial. Van Leent en a vu quelques cas à Sumatra, chez des enfants indigènes de race pure³.

Il existe à la côte de Mozambique, une maladie qu'on désigne dans le pays sous le nom de bubas, et qui n'est autre chose que le pian. Le docteur Pinto Roquete de la marine portugaise en a aussi constaté la nature syphilitique. Elle est, comme nous venons de le dire, très-commune aux Comores ; on la retrouve dans le sud des États-Unis, aux Antilles, à la Guyane, dans presque toute l'Amérique méridionale, et notamment sur la côte de l'Amérique centrale et du Brésil.

On doit également rattacher à cette maladie :

A. Le *Bouton d'Amboine*, endémique dans l'Archipel des

¹ Huillet, *Hygiène des blancs, des mixtes et des Indiens à Pondichéry*. Pondichéry, 1867.

² A.-L.-Z. Grenet, *Souvenirs médicaux de quatre années à Mayotte*. Thèse, Montpellier, 1866.

³ Van Leent, *Les possessions néerlandaises des Indes orientales* (*Arch. de méd. nav.*, année 1867 et suivantes).

Moluques. Il a été décrit pour la première fois par Bontius, qui avait déjà reconnu son analogie avec la maladie vénérienne (*admodum similis morbo venereo*)¹. La seule différence qu'il ait constatée, c'est que la maladie dont il parle peut se transmettre en dehors de tout rapport sexuel. Nous nous sommes déjà prononcé sur la valeur de ce caractère. Rayer, qui s'est borné à reproduire la description latine de Bontius, ajoute cependant : « Cette maladie ressemble beaucoup au Scherlievo, qui lui-même paraît devoir être rattaché à la syphilis². » Des recherches plus récentes ont prouvé que le bouton d'Amboine n'était autre chose que le framboesia dont nous venons de démontrer la nature syphilitique.

Il atteint plus particulièrement, d'après van Leent, les individus de race nègre ou malaise, et les métis provenant du mélange de ces races ou de leur croisement avec des Européens. Ceux-ci ne sont pas toujours épargnés. Les cas les plus fréquents et les plus graves s'observent chez les enfants indigènes, depuis la naissance jusqu'à l'âge de 10 à 12 ans. Le bouton d'Amboine est contagieux, inoculable et surtout transmissible par voie d'hérédité. Ses récurrences sont fréquentes. On le voit souvent uni à des affections analogues telles que le psoriasis, l'ichthyose, la lèpre et les graves désordres qu'il occasionne sont parfois suivis de mort³.

B. Le *Tonga de la Nouvelle-Calédonie*, décrit pour la première fois par de Rochas⁴. Il est tellement répandu dans cette colonie, qu'il n'y épargne qu'un petit nombre d'indigènes. Il existe aussi, d'après le dire de notre confrère, à Tonga-Tabou, aux Wallis et aux îles Fidji. Il s'observe également sur les deux sexes et à tous les âges de la vie, mais beaucoup plus souvent chez les enfants, où il se manifeste sur toutes les parties du corps, à la face, au pourtour de l'anus, aux organes génitaux, à la commissure des doigts, tandis que les adultes ne le présentent habituellement qu'aux pieds et aux mains. Cette maladie, dit de Rochas, est une espèce de framboesia plus voi-

¹ Bontius, *Medicina Indorum*. In-4°, Lugduni Batavorum, 1718.

² Rayer, *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, t. III, p. 866, 2^e édition. Paris, 1855.

³ Van Leent, *Les possessions néerlandaises des Indes orientales*. (*Archives de médecine navale*, 1870, t. XIII, p. 15.)

⁴ De Rochas, *Essai sur l'opographie hygiénique et médicale de la Nouvelle-Calédonie*. Thèse de doctorat, Paris, 1860.

sine de l'yaws que de toute autre forme, et la description très-complète qu'il en donne, démontre, en effet, son identité parfaite avec celle dont nous venons de parler.

II. *Maladies charbonneuses.* — Les affections charbonneuses chez l'homme se présentent sous deux formes : la *pustule maligne* et l'*œdème malin*. La première est infiniment plus fréquente que la seconde. Quant à la fièvre charbonneuse essentielle, au charbon symptomatique d'une affection charbonneuse spontanée, leur existence n'est pas prouvée.

La pustule maligne, signalée par tous les auteurs comme une affection endémique de la Bourgogne, s'observe aussi, mais plus rarement dans la Franche-Comté, la Champagne, la Brie, la Lorraine, l'Alsace, la Provence, le Roussillon et la Beauce, tandis qu'elle est inconnue en Normandie, en Bretagne, dans la Flandre, l'Artois, le Limousin, la Sologne, le Nivernais et l'Auvergne. C'est une maladie contagieuse et virulente, presque toujours transmise à l'homme par des animaux atteints d'affections charbonneuses. Ces deux points sont les seuls qui se rapportent à notre sujet.

Le *Malvat du Languedoc*, décrit par Ozanam comme une maladie endémique, dans cette province et surtout aux environs de Castres, n'est que la pustule maligne à laquelle les habitants du pays ont donné ce singulier nom.

III. *L'ophthalmie purulente* est une maladie endémique bien autrement intéressante que celles qui précèdent. L'Égypte paraît en avoir été le berceau. Elle y est connue de temps immémorial, et toutes les fois qu'elle a fait invasion en Europe, c'est à la suite d'événements qui ont multiplié ses relations avec le Levant. Les guerres qui ont si souvent désolé l'Égypte en ont été l'occasion la plus fréquente. Il est permis de supposer que les armées romaines qui la répandirent dans toute l'Europe occidentale, à l'époque des conquêtes de César, en avaient puisé le germe sur les bords du Nil. On la vit reparaitre en France à l'époque des Croisades. Saint-Louis, au retour de sa première expédition en terre sainte, ramena comme on le sait à Paris trois cents chevaliers aveugles, pour lesquels il fonda l'hôpital des Quinze-Vingts. L'expédition française de 1798, fut le point de départ d'une explosion nouvelle. Elle se montra dans les rangs de notre armée dès la fin de l'an VI, et après la bataille du 30 ventôse, an IX, presque tous les soldats campés

sur les bords du lac Maréotis, en furent atteints. En deux mois et demi, dit Larrey¹, on observa, dans les hôpitaux, plus de 5,000 cas d'ophtalmie. Les Anglais ne furent pas plus épargnés. A leur retour, en 1805, ils répandirent la maladie sur leur passage; on la vit éclater à Malte, en Sicile, à Gibraltar, en Espagne et en Portugal. L'année suivante, elle s'étendit à toutes les divisions de l'armée britannique, et le nombre des aveugles s'y éleva à plus de 5,000. En 1813, quand toutes les armées de l'Europe se furent rencontrées dans les champs de Leipzig, l'ophtalmie se transmet de l'une à l'autre; elles la rapportèrent dans leurs pays, et la Prusse, l'Autriche, la Pologne, la Russie, la Suède et la Belgique la virent apparaître à leur tour. Elle existe encore à l'état endémique dans cette dernière contrée, mais on n'est pas d'accord sur l'époque à laquelle elle s'y est implantée. Les uns la font remonter au treizième siècle, époque à laquelle les Belges eurent de fréquentes relations avec l'Égypte; Desmarres croit que c'est à la suite de la bataille de Waterloo qu'elle y a pris racine. Il est probable que c'est aussi l'Égypte qui l'a transmise aux régions voisines de l'Asie et de l'Afrique, où nous la retrouverons bientôt, mais, nulle part, elle ne sévit avec autant d'intensité que sur les bords du Nil. Prosper Alpin, qui en a donné la première description complète, la considérait comme un fléau aussi grand que la peste. Dans l'été, dit-il, sur cent personnes, cinquante au moins en sont atteintes. Volney, Pariset, ont émis des évaluations analogues. Elle est plus répandue sur le littoral que dans l'intérieur, et le Caire paraît être sa ville de prédilection. Elle figure également au nombre des maladies les plus communes dans la régence de Tripoli. Là, comme en Égypte, toutes les variétés de blépharite, de kératite, se rencontrent à chaque pas. On n'y voit que des borgnes, des aveugles et des gens porteurs de bandeaux. L'ophtalmie purulente se rencontre également dans l'intérieur de l'Afrique, surtout dans les régions arides, et plus spécialement dans le Damerghou. A Kano la cécité est si commune qu'on a assigné aux aveugles un quartier spécial.

Elle est moins répandue en Asie, cependant on l'observe en

¹ D. Larrey, *Relation historique et chirurgicale de l'expédition de l'armée d'Orient*. Paris, 1805.

Syrie, où elle règne à toutes les époques de l'année, mais principalement aux mois d'août et de septembre. Elle est très-commune dans le Turkestan, l'Afghanistan, le Pandjâb et dans toutes les provinces de la Chine. Au Japon, elle se montre à peu près tous les ans sous la forme épidémique, pendant la saison des chaleurs. « Quand on arrive dans cette contrée, dit le docteur Besombes¹, on est effrayé du nombre d'aveugles et de borgnes que renferme la population. On est étonné d'entendre dans les rues d'Yokohama, de Nagazaky, de Yédo, une série de sifflets qui se croisent en tous sens; ce sont des aveugles qui annoncent de cette manière leur présence, et invitent les passants à s'écarter de leur chemin. » La frégate *la Sémiramis*, sur laquelle était embarqué ce confrère, en a compté 170 cas sur 520 hommes d'équipage. *Le Duplex* en avait une douzaine à son bord, et les trois quarts de l'équipage d'une corvette anglaise de la même station, en étaient atteints. Elle est fréquente aux îles Orientales, d'après van Leent.

L'ophthalmie purulente s'observe également en Amérique, mais sous la forme épidémique, et dans les pays à esclaves seulement. Elle y était autrefois importée par les négriers, à bord desquels elle faisait souvent d'affreux ravages : Boudin cite le fait d'un navire affecté à ce hideux trafic, et qui, parti de la côte d'Afrique avec 22 hommes d'équipage et 160 noirs, n'avait plus en arrivant à la Guadeloupe, qu'un seul homme en état de le conduire. Depuis trois siècles, dit Sigaud, l'ophthalmie africaine n'a pas cessé de régner sur tous les points en contact avec les négriers. Ils l'ont fréquemment importée au Brésil, et lorsqu'elle s'y déclare, elle débute toujours par les établissements publics, et notamment par ceux qui renferment beaucoup d'enfants, comme la maison des orphelins et l'hospice des enfants trouvés de Rio-Janeiro. Elle se répand de là dans la ville et les campagnes².

Quelque opinion qu'on adopte au sujet de son origine et de ses migrations, il est certain que, dans tous les climats et à toutes les époques elle a toujours présenté les mêmes caractères. *L'ophthalmie d'Égypte*, *l'ophthalmie asiatique*, *l'ophthalmie belge*, *l'ophthalmie des armées*, *des casernes*, etc., ne sont

¹ A. Besombes, *De l'ophthalmie purulente spontanée*. Thèse de Montpellier, 1866.

² J.-F.-X. Sigaud, *Du Climat et des maladies du Brésil*. Paris, 1844.

qu'une seule et même maladie, et cette identité de symptômes est une preuve de sa spécificité. Sa nature virulente et contagieuse est aujourd'hui reconnue par tout le monde. On peut la suivre à la trace, lorsqu'elle marche avec les armées, lorsqu'elle traverse l'Atlantique à bord des navires qui se livrent à la traite. Les faits de propagation isolée sont en Belgique d'observation journalière : on y voit des soldats congédiés la rapporter dans leurs villages et la communiquer à tous les membres de leur famille ; enfin, des expériences faites sur les animaux et même sur l'homme, ont démontré de la façon la plus incontestable, l'extrême virulence du muco-pus qui en est le produit. Il est donc inutile de revenir sur cette question jugée.

V^e Classe. — MALADIES ENDÉMIQUES DONT LA CAUSE EST ENCORE INCONNUE.

Le cadre des endémies dont l'origine est un mystère tend, comme nous venons de le prouver, à se rétrécir de jour en jour. Parmi celles qui y figurent encore, il en est qui se rapprochent tellement des précédentes par leurs caractères, qu'il est permis d'espérer qu'on pourra les comprendre un jour dans la même catégorie. Nous allons les passer rapidement en revue.

1^o *Lèpre*. — Cette dénomination appliquée par les médecins grecs et arabes, à des affections essentiellement différentes, et que les auteurs modernes ont continué à confondre, doit être réservée aujourd'hui pour désigner l'*éléphantiasis des Grecs*, maladie complètement distincte de l'*éléphantiasis des Arabes*, affection purement locale, et du *lepra vulgaris* qui n'est qu'une forme de psoriasis. Elle ne nous occupera comme les précédentes, qu'à un seul point de vue. Nous nous bornerons à indiquer les contrées du globe, où elle règne encore à l'état endémique et les conditions qui semblent l'y entretenir.

Son origine se perd dans la nuit des temps, et il est difficile de la suivre à la trace. Il paraît cependant probable qu'elle a pris racine en Égypte et en Arabie, que les Hébreux l'ont importée en Palestine, et qu'elle s'est répandue de là dans l'Asie toute entière, d'où les Grecs la rapportèrent après les conquêtes d'Alexandre. C'est là que les Romains en prirent le germe ; quand Pompée ramena ses légions de la Grèce et de l'Asie, la lèpre en revint avec eux. A l'époque des croisades elle fit invasion en Europe, et y répandit une terreur profonde. Des

lois impitoyables, la création d'innombrables léproseries amenèrent son extinction progressive, mais il fallut trois siècles pour arriver à ce résultat. Il y a lieu de penser également qu'elle s'est étendue de proche en proche à toutes les peuplades de l'Afrique, et qu'à l'exemple de l'ophthalmie purulente, elle a passé de là en Amérique, avec les esclaves noirs. Aujourd'hui la lèpre a presque complètement abandonné nos climats, pour se réfugier sous les latitudes extrêmes, où des populations misérables lui ont offert un dernier asile. Son domaine géographique est cependant encore assez étendu pour qu'il nous soit impossible de le parcourir en détail. Nous nous bornerons à une indication sommaire des particularités les plus saillantes.

L'Afrique en est comme autrefois le principal théâtre ; on la trouve répandue dans toute la vallée du Nil et dans les parties de l'Abyssinie où se sont établies des colonies juives. Elle règne sur tout le littoral méditerranéen, depuis la régence de Tripoli jusqu'au Maroc ; elle est commune au Darfour et dans le Bornou, on l'observe aux Açores, aux Canaries, à Madère, à Sainte-Hélène, à la côte occidentale, à partir du cap Vert jusqu'au Congo et même au cap de Bonne-Espérance, où elle sévit avec intensité sans distinction de race. Les lépreux, au nombre d'environ trois cents, y sont relégués sur l'île Robben, située dans la rade. Elle est plus rare à la côte orientale, et à Madagascar, mais assez fréquente aux Comores. On en retrouve encore quelques cas à Bourbon et surtout à Maurice, où elle paraît avoir pris plus d'extension depuis quelques années.

La lèpre règne dans presque toute l'Asie, on la rencontre depuis la Méditerranée jusqu'au Kamschatka. Elle est très-répandue en Arabie, en Syrie, en Palestine et surtout en Perse. L'Inde est le point du globe où elle a été le plus anciennement connue, et où elle fait encore le plus de victimes. Elle est plus commune sur le littoral que dans l'intérieur ; sur les côtes de Coromandel, de Malabar que dans le Deccan. Il existe des léproseries à Pondichéry, à Madras, à Bombay, à Ceylan, à Malacca. Tout le royaume des Birmans est rempli de lépreux. Nulle part nous n'en avons vu autant qu'à Rangoon. Ils sont si nombreux à Tabai et à Martaban, qu'on ne trouve pas une famille qui n'en compte quelques-uns, aussi désigne-t-on dans le pays la lèpre sous le nom de mal de Martaban. Elle est très-répandue en Chine et particulièrement à Canton, elle est plus rare à Shangai.

On la retrouve dans la plupart des îles de la Malaisie, parmi les indigènes et les Chinois, plus rarement chez les gens de couleur. A Batavia, les léprosiés ont été abandonnées ; les lépreux sont traités dans les hôpitaux ordinaires. On n'y croit pas à la contagion. A Amboine il existe quelques lépreux séquestrés dans un petit établissement voisin de la ville. On en voit également à Sumatra, aux Philippines et dans quelques-uns des archipels Polynésiens.

En Europe elle a presque complètement disparu. Les points où on la retrouve encore sont les îles de l'Archipel, et particulièrement Candie où Smart comptait encore 628 lépreux en 1855, les îles Ioniennes, la Grèce, la Turquie où on en observe quelques cas, la partie la plus méridionale de la Russie, et notamment la Crimée, quelques points du littoral de l'Italie tels que Comachio, Chiari, Varrazze, plusieurs provinces de l'Espagne, et quelques villes du Portugal¹. En France elle est à peu près inconnue. C'est à peine si on rencontre quelques lépreux en Provence, sur le bord des étangs de Berre et de Rognac, à Martigues, à Vitrolles et au village de la Turbie, près de Nice. C'est dans les contrées septentrionales que cette maladie s'est réfugiée, elle règne encore à l'état endémique en Norvège sous le nom de *Spedalskhed*, ainsi qu'en Islande, et on en observe quelques cas isolés en Finlande, en Esthonie et en Courlande. Elle a été introduite en Amérique par les noirs et elle règne encore au Mexique, aux Antilles, dans l'Amérique centrale et surtout à la Guyane : Elle est plus rare au Brésil, dans le Parana et dans l'Uruguay.

La lèpre est une maladie diathésique liée à une altération du sang que les recherches de Danielssen et Boëck ont mise hors de doute, et dont les lésions locales ne sont que le résultat. Quant à la cause de cette altération, elles ont échappé jusqu'ici aux recherches les plus persévérantes. On a accusé le climat, les vicissitudes atmosphériques, les émanations palustres, l'alimentation insuffisante ou de mauvaise qualité, l'abus des salaisons, de la chair de porc, du poisson surtout, la malpropreté, le défaut de soin, etc. L'influence de ces conditions hygiéniques est incontestable, puisque la lèpre a disparu de tous les pays civilisés, mais ces causes, communes à de tant de maladies,

¹ Voy. Hirsch, *Handbuch der historisch-geographischen Pathologie*, Erlangen, 1859, tome I, p. 518.

sont insuffisantes pour expliquer la production d'une affection aussi spéciale, et qui se transmet d'âge en âge avec des caractères identiques à toutes les époques, sous tous les climats, chez toutes les races. Nous l'avons déjà dit, ces maladies étranges et immuables doivent reconnaître une cause spéciale comme elles, et qu'il faut rechercher avec persévérance jusqu'à ce qu'on soit parvenu à la découvrir.

La lèpre est essentiellement héréditaire, à cet égard tous les observateurs sont d'accord ; il n'en est plus de même en ce qui touche à la question de contagion. L'antiquité ne la révoquait pas en doute. Toutes les mesures préventives adoptées depuis Moïse jusqu'à nos jours, toutes les lois promulguées, reposent sur cette croyance, et cette conviction explique, sans les justifier, les rigueurs implacables dont les lépreux ont été victimes au moyen âge. Aujourd'hui l'opinion opposée tend à se répandre parmi les médecins. Ceux qui de nos jours ont le mieux étudié la maladie, ne la croient pas contagieuse. Danielssen et Boëck s'expriment ainsi : « Parmi la foule des spédalsques que nous avons observés par centaines, et que nous avons journellement fréquentés, il n'existe pas un seul exemple que le mal se soit étendu par contagion¹. » Brassac n'est pas moins affirmatif : « Nous commençons par déclarer hautement que nous ne connaissons pas un fait bien avéré, qui parle en faveur de la contagion². » Loin de nous la pensée de nous inscrire en faux contre de pareilles autorités, mais nous demandons comment expliquer les migrations de la lèpre, l'invasion qu'elle fit en Europe au moyen âge et son importation dans les colonies américaines. L'hérédité ne nous paraît pas suffire pour en rendre compte. On comprendrait à la rigueur que les individus, qui en ont pris le germe dans les pays où elle est endémique, l'aient transmise à leurs enfants, et aient fait ainsi souche de lépreux, mais alors le mal ne se serait pas étendu au delà de quelques familles. Les croisés revenus de terre sainte, n'étaient pas tellement nombreux, qu'ils pussent en quelques années donner le jour à la quantité innombrable de lépreux, qui couvrait l'Europe à la fin du douzième siècle. Il nous paraît également

¹ Danielssen et Boëck, *Traité de la spédalskhed ou éléphantiasis des Grecs*. Traduction de L. Cosson (de Nogaret). Paris, 1848, in-8° et atlas in-folio.

² Brassac, *Essai sur l'éléphantiasis des Grecs* (lèpre phymatode et aphymatode) et sur l'éléphantiasis des Arabes (maladie glandulaire des Barbades (*Archives de médecine navale*, t. VI, pages 180, 241, 345, 451)).

difficile d'admettre que le temps qui n'a enlevé à la lèpre aucun de ses caractères, lui ait fait perdre le plus important de tous. Il reste donc là une inconnue à dégager. En présence de faits aussi probants et d'opinions aussi respectables, nous ne croyons pas pouvoir, ranger la lèpre parmi les maladies virulentes, et cet exposé sommaire de la question n'avait pas d'autre but que de justifier la place que nous lui avons assignée. A la lèpre se rapportent :

a. La *spedalskhed*, au sujet de laquelle il ne peut y avoir de doute depuis les beaux travaux de Boëck et Danielssen.

b. La *lèpre du Holstein*, qui n'est qu'un autre nom donné à la même maladie.

c. Le *mal de Crimée*, ou *lèpre Taurique*, *lèpre des Cosaques*, importée par les troupes Russes après la guerre de Perse, et décrite par Pallas, Gmelin et Démartius.

d. Le *mal rouge de Cayenne* décrit par Bajon et Bergeron, et qui n'offre de particulier dans cette colonie qu'un degré plus grand de fréquence.

e. L'*Aïnhum*. Nous ne serons pas aussi affirmatif au sujet de cette singulière affection décrite en 1867, par le docteur Da Silva Lima, médecin de l'hôpital de la Charité à Bahia¹, et étudiée dans l'Inde par notre confrère Collas².

Cette affection qui n'a encore été observée que sur des noirs Africains au Brésil, et sur des individus de race hindoue (rameau tamoul), paraît assez répandue parmi eux. Elle siège exclusivement au petit orteil, et consiste dans un étranglement circulaire, qui se produit à sa racine, et finit par la transformer en un pédicule mince qui se romprait de lui-même, si on n'en pratiquait pas la section, qu'un simple coup de ciseaux suffit pour opérer. Le petit orteil dévié de sa direction, déformé, triple de volume, est converti en une masse sphéroïdale que le docteur Da Silva compare à une petite patate. Ce médecin considère l'*ainhum* comme une maladie spéciale, il repousse toute analogie avec l'*éléphantiasis des Grecs* ; Collas, au contraire, le regarde comme une variété de la *lèpre dactylienne*. Il le rap-

¹ Da Silva Lima, *Études sur l'ainhum*, in *Gazeta medica di Lisboa*, n° du 28 juin, 15 et 28 juillet 1867. Traduit dans les *Archives de médecine navale*, t. VIII, p. 128, 206.

² A. Collas, *Note sur la maladie décrite sous le nom d'ainhum observée chez les Hindous* (*Archives de médecine navale*, t. VIII, p. 557).

proche de cas analogues qu'il a eu l'occasion d'observer et qui appartaient incontestablement à cette dernière maladie ; il insiste sur ce fait, que les Indiens chez lesquels, il a rencontré l'*aïnhum* présentaient en même temps d'autres symptômes de lèpre. L'expérience bien connue de notre collègue en fait de maladies exotiques, nous engage à adopter provisoirement son opinion, en attendant que des faits plus nombreux viennent éclairer la question.

2° L'*Éléphantiasis des Arabes*. A l'encontre de la lèpre, l'*éléphantiasis des Arabes*, ou *maladie glandulaire des Barbades*, est une affection purement locale, une véritable lymphite à répétitions fréquentes, qui finit par déterminer l'induration des tissus et ces gonflements prodigieux, dont les auteurs nous ont laissé tant d'exemples, mais qui n'est ni héréditaire ni contagieuse, et qui ne récidive pas après l'ablation.

L'*Éléphantiasis* peut s'observer sur toutes les parties du corps, mais c'est presque toujours aux membres inférieurs qu'on le rencontre, et le plus souvent il est unilatéral. Après les jambes, c'est au scrotum qu'on le voit le plus souvent, et c'est là qu'il acquiert les dimensions les plus monstrueuses. C'est dans cette région qu'il a été désigné sous le nom de *hernie charnue* (Prosper Alpin), de *sarcocèle d'Égypte* (Larrey), d'*hydrocèle endémique du Malabar* (Kämpfer). Il est excessivement rare aux membres supérieurs et à la tête.

Le domaine géographique de l'*éléphantiasis des Arabes* est beaucoup plus restreint que celui de la lèpre. C'est une maladie des pays chauds. Elle est très-commune aux Antilles : on l'observe à la Martinique, à la Guadeloupe, à la Trinité, à Saint-Vincent, à Saint-Barthélemy, et plus particulièrement à la Barbade, ainsi qu'indique le nom qui lui a été donné. On la retrouve aussi dans le golfe du Mexique sur les côtes du Centre-Amérique, et particulièrement à Nicaragua, sur celles de la Nouvelle-Grenade, de Venezuela et des Guyanes. Il est extrêmement répandu dans l'Inde entière, et surtout dans le bas Bengale et à la côte de Malabar. A. Hirsch cite des districts dans lesquels, le vingtième de la population en est attaqué¹. A Pondichéry, d'après le docteur Huillet, elle est d'une fréquence extrême, et acquiert parfois des dimensions monstrueuses chez les

¹ Hirsch, *Handbuch der historisch-geograph. Pathologie*. Erlangen.

Tapas et surtout chez Indiens. Les blancs en sont parfois atteints, mais à un degré beaucoup moindre que les naturels. A Ceylan, où l'éléphantiasis est très-répandu particulièrement aux environs de Colombo, il n'atteint, dit Boudin¹, que les indigènes, les métis et les créoles. Il est commun dans l'île de Pinang, aux Philippines, à Chusan, à Canton. En Cochinchine, il affecte fréquemment, dit Richaud, les grandes lèvres, le scrotum et les jambes. Il est extrêmement répandu dans toute l'Océanie, et plus spécialement dans les Archipels Polynésiens. A Taïti, c'est un véritable fléau; on peut avancer, sans être taxé d'exagération, qu'arrivés à l'âge adulte 3 indigènes sur 5 en sont atteints à un degré plus ou moins prononcé. Gallerand l'a même observé sur quelques Européens, qui comptaient tous plus de 15 ans de séjour dans l'île. Aux îles Sandwich, il s'observe fréquemment chez les Kanaques, au dire de Quémar; il est assez fréquent à la Nouvelle-Calédonie. On le rencontre dans tout le nord de l'Afrique, et plus particulièrement en Égypte, où Larrey a recueilli ses remarquables observations d'éléphantiasis du scrotum. En Algérie il règne presque exclusivement parmi les Kabyles; un très-petit nombre d'Arabes en est affecté. Au Sénégal, Chassaniol et Berville ont observé des éléphantiasis du scrotum, semblables à ceux que Larrey a vus en Égypte. Thaly le range parmi les affections les plus communes chez les naturels du haut Sénégal. Aux Canaries il se rencontre très-fréquemment dans les classes pauvres.

Il est inconnu en Europe; cependant Hirsch prétend qu'on l'observe assez fréquemment dans le sud de l'Irlande, dans le midi de la France, en Corse, dans le sud de l'Espagne et particulièrement à Gibraltar, ainsi qu'en Turquie. A l'appui de ces assertions, il cite les nombreux auteurs auxquels il a fait ses emprunts. Il ne nous a pas été possible de vérifier les textes, l'érudition de Hirsch nous inspire du reste une confiance aveugle, mais il n'en est pas tout à fait ainsi de son jugement médical. En acceptant, comme il le fait, sans le moindre contrôle, les assertions de tout le monde, on arrive à cette conclusion singulière que presque toutes les maladies s'observent dans tous les pays. Nous partageons à son égard l'opinion de Grisolle qui, dans la dernière édition de son *Traité de la pneumonie*, n'a

¹ Boudin, *Traité de géographie et de statistique médicales*. Paris, 1857.

pas cru devoir s'en rapporter à lui, pour en tracer le domaine géographique: « Plusieurs des renseignements qu'il fournit, même parmi ceux qui concernent l'Allemagne, m'ont, dit-il paru inexacts. Je crains que l'auteur n'ait trop facilement accepté des statistiques n'ayant pas toute l'authenticité désirable. » En ce qui a trait à l'éléphantiasis, je suis convaincu que dans beaucoup de localités, les médecins dont il reproduit l'opinion, l'ont confondu avec la lèpre.

3° Le *Bouton d'Alep* (*clou ou ulcère d'Alep*), le *bouton du Nil*, du *Caire*, de *Bagdad*, de *Biskra*, des *Zibans*, de *Delhi*, du *Sindh*, de *Bombay*, de *Guzerat*, le *chancre du Sahara*, l'*ulcère d'Orient*, ne sont qu'une seule et même maladie, observée dans différentes localités. Faute de termes de comparaison, les médecins qui les ont décrits pour la première fois, les ont pris pour des affections spéciales à la contrée dans laquelle ils les rencontraient; mais des renseignements plus complets ont permis de les rattacher à une seule espèce pathologique, et de lui assigner un domaine géographique beaucoup plus étendu qu'on ne le croyait d'abord.

Il s'étend de l'ouest à l'est, depuis le Maroc jusqu'aux rives du Gange, sur une zone comprise entre le 10° et le 40° degré de latitude nord. (Le Roy de Méricourt.) La maladie n'a encore été rencontrée ni en Europe, ni en Amérique, ni en Océanie. Le *Tonga des Archipels Polynésiens*, qui a été bien décrit par de Rochas, et que Hirsch serait disposé à considérer comme identique au bouton d'Alep, n'est, ainsi que nous l'avons établi, qu'une variété de pian, analogue au bouton d'Amboine. Le bouton endémique a été observé au Maroc et dans un grand nombre de localités de l'Algérie, aux environs de Daya, à Laghouat, Tuggurt, dans le Sahara, dans toute la zone des Zibans et en particulier dans l'oasis de Biskra. On le rencontre au Caire, à Suez, et surtout dans la partie nord de la Syrie et dans la Mésopotamie, qui en ont été longtemps considérées comme les théâtres exclusifs. Il règne depuis Saladin, en suivant le cours de l'Oronte, jusqu'à Alep, et s'étend de là vers Killis, Ophra, Diarbekir, Mossoul, Bagdad, jusqu'à Bassora. On en rencontre quelques cas isolés parmi les populations du Liban, en Asie Mineure, en Crimée. Il est très commun en Géorgie, dans le sud de la Perse, tandis qu'il est inconnu dans le nord, à Tauris par exemple. Enfin les médecins de l'Inde anglaise

ont décrit, dans ces dernières années, sous le nom de *bouton de Guzerat, du Sindh, de Delhi, de Bombay*, une maladie qui n'est autre chose que le *bouton d'Alep*. Il nous suffit d'avoir établi cette identité. Nous nous bornerons par ailleurs à rappeler que le bouton d'Alep par ses caractères anatomiques, par l'absence de toute propriété contagieuse, par son évolution régulière et d'une durée déterminée, se différencie complètement des autres maladies endémiques que nous avons passées en revue, et que ses causes sont encore un mystère, ce qui justifie la place que nous lui avons assignée dans notre travail.

4° *Ulcères phagédéniques des pays chauds*. — Dans un grand nombre de régions placées sous la zone torride, on rencontre des *ulcères phagédéniques*, qui se différencient de ceux qu'on observe sous nos latitudes, par une physionomie spéciale et surtout par leur fréquence et leur gravité. Ces caractères sont tellement saillants, qu'ils ont partout éveillé l'attention des médecins, et qu'il s'est produit à leur occasion une confusion semblable à celle que nous signalions, il n'y a qu'un instant, à propos du bouton d'Alep. Chaque observateur s'est cru en présence d'une maladie particulière au pays dans lequel il la rencontrait, et l'a décrite comme telle. C'est ce que nous avons fait nous-même. Une étude plus approfondie a permis de reconnaître qu'à part de légères différences locales, ces affections étaient identiques au fond, et tout le monde est d'accord aujourd'hui pour considérer la *plaie de l'Yémen, ou de l'Hedjaz, l'ulcère de Mozambique, l'ulcère de Cochinchine ou de Saïgon, de la Guyane, de Kéneba, de la Nouvelle Calédonie*, comme des variétés d'une même entité morbide, à laquelle nous donnerons avec Le Roy de Méricourt le nom d'*ulcère phagédénique des pays chauds*. Cette maladie est essentiellement endémique, et ne se développe pas en dehors de certaines régions. Son domaine géographique n'est pas encore parfaitement connu. On ne l'a jusqu'ici observée que sous la zone torride. On la rencontre : en Arabie, sur la côte de l'Hedjaz et de l'Yémen, depuis Yambo jusqu'à Moka. Cette dernière ville est son théâtre de prédilection. Elle fait de tels ravages dans les rangs de l'armée arabe, qu'elle suffit, au dire de Lefebvre, pour réduire, en 5 ans, un régiment de 4000 hommes à 1200 ou 1500. C'est dans ce pays qu'elle a été observée pour la première fois, et c'est à Petit que nous en devons la première des-

cription¹. On la retrouve en Afrique, sur la côte de Mozambique, où le docteur Azéma l'a fait connaître, à Mayotte, où elle a été étudiée par Grenet et Monestier². Elle existe également chez les noirs du haut Sénégal, d'après Thaly³, on l'y désigne sous le nom d'*ulcère de Kéniéba*. Enfin on l'a rencontrée dans l'intérieur, chez les noirs du Bornou.

En Cochinchine, elle est extrêmement commune parmi les Annamites. Après la prise de possession de Tourane, elle se répandit comme une épidémie, dans le corps expéditionnaire et à bord des bâtiments. Sur 5600 hommes, de Comeiras en compta 700 cas, dont 100 furent suivis de mort et dont 30 nécessitèrent l'amputation ; un plus grand nombre revint en France sans être guéri. C'est alors que nous eûmes l'occasion d'observer cet ulcère et de le faire connaître. Depuis cette époque il a été l'objet de nombreux travaux de la part des médecins de la marine.

A la Guyane, il est tellement répandu, que notre collègue, le docteur Chapuis, en a observé 2,812 cas sur 8,573 transportés, admis en 1861 dans les hôpitaux de la colonie⁴. Il existe aussi à la Guadeloupe, au dire de de Carové, médecin de la marine, qui a eu occasion de l'observer en Cochinchine, à la Guyane et aux Antilles, et qui l'a trouvé partout identique. Enfin on le rencontre également à la Nouvelle-Calédonie, et le docteur Pénard cite plusieurs navires de cette station, à bord desquels le sixième de l'équipage en a été atteint à la fois.

L'ulcère phagédénique des pays chauds est le même partout. Nous avons signalé, en 1862⁵, les différences qu'il présente suivant les lieux, mais nous nous empressons de reconnaître qu'elles ne suffisent pas pour justifier l'admission d'espèces morbides distinctes. Il n'a rien de commun avec le pian, ni avec aucune de ces formes dégénérées de la syphilis que nous avons passées précédemment en revue ; il est bien distinct de la pourriture d'hôpital et du scorbut. Sa nature et ses causes sont

¹ Lefebvre, Petit et Qu. Dillon, *Voyage en Abyssinie* de 1859 à 1845.

² Monestier, *Étude sur l'ulcère dit de Mozambique observé à Mayotte et à Nossi-Bé* (*Archives de médecine navale*, t. VIII, p. 417, 1867).

³ Thaly, *De l'ulcère phagédénique des pays chauds à la Guyane française et de son traitement*. Thèse Montpellier, 1864.

⁴ J. Chapuis, *De l'identité de l'ulcère observé à la Guyane française avec celui décrit sous le nom de Ghéham, ulcère de Cochinchine, de Saïgon, ulcère annamite* (*Arch. de méd. nav.*, t. 1^{er}, p. 375, 1864).

⁵ Jules Rochard, *De l'ulcère de Cochinchine* (*Archives générales de médecine*, Juin 1862).

encore inconnues. Aucune de celles qu'on a invoquées ne peut supporter le contrôle des faits. Peut-être un jour parviendra-t-on à le rattacher ainsi que le bouton d'Alep, à la classe des maladies parasitaires, à découvrir dans la vase de ces marais au milieu desquels il prend naissance, quelque cryptogame encore inconnu, se greffant à la surface de ces érosions superficielles, qui en sont la condition indispensable, pour s'y développer avec la désespérante ténacité de ses pareils. Mais on n'a pu jusqu'ici rien apercevoir de semblable, et, en attendant, nous devons le ranger parmi les maladies endémiques dont la cause nous échappe encore.

La même espérance n'est guère permise à l'endroit de celles dont nous allons nous occuper. Tout aussi inconnues que les précédentes, dans leur nature et dans leurs causes, elles n'appartiennent pas comme elles à la classe des affections externes, et ne se prêtent pas au même genre de recherches. Le nombre en est heureusement plus restreint. Il se borne à trois individualités morbides, le *tétanos*, la *maladie du sommeil*, l'*hématurie endémique des régions intertropicales*. Leur domaine géographique est assez peu étendu, et une seule présente un intérêt réel par sa gravité et sa fréquence.

1° Le *tétanos* n'est pas une maladie essentiellement endémique, puisqu'on l'observe sous toutes les latitudes; cependant il est tellement rare dans certaines régions, qu'on peut y parcourir une longue carrière chirurgicale sans en avoir observé plus de 4 ou 5 cas, tandis qu'il constitue dans d'autres contrées la plus terrible complication des blessures et des opérations, et la plus meurtrière des maladies de l'enfance. C'est à ce titre que tous les auteurs le font entrer dans le cadre des maladies endémiques d'un certain nombre de pays que nous allons indiquer, et parmi lesquels l'Islande occupe le premier rang. « Une endémie plus fréquente, plus mortelle qu'en aucun autre lieu de l'Europe, dit le Bret, le trismus des nouveau-nés, dépeuple à vrai dire l'Islande. » Tous les médecins qui se sont occupés de cette île, si intéressante au point de vue de la géographie médicale, le placent en première ligne parmi les causes de décès. Le *ginklofi*, c'est le nom qu'il porte dans le pays, entre pour près d'un tiers dans la mortalité totale. Aux îles Vestmannœ, d'après Thomsen, il enlève 64 enfants sur 100, du cinquième au douzième jour. C'est à peine s'il en est un quart

qui dépasse le seizième¹. Il s'observe également, mais avec beaucoup moins de fréquence à Wilna, à Saint-Petersbourg, à Stockholm, à Vienne, dans le sud de l'Allemagne, et notamment à Stuttgart. Très-rare dans les climats tempérés, il devient de plus en plus fréquent à mesure qu'on se rapproche de l'équateur. Dans l'Inde il n'épargne pas plus les Européens que les naturels. A Bombay, il est des années où on le voit figurer pour un quart dans la statistique des décès. A Pondichéry, Collas l'a vu survenir, à certaines époques, à la suite des blessures les plus insignifiantes ; très-commun après les couches et les avortements, les nouveau-nés lui payent aussi un déplorable tribut. Il est très-répendu aux Indes orientales, d'après van Leent; à la Nouvelle Calédonie, le trismus des nouveau-nés est, après la phthisie et la scrofule, la maladie la plus commune chez les naturels. Le tétanos n'est pas rare à Maurice; à la Réunion, il fait périr un grand nombre de petits noirs ; à Saint-Denis, nous l'avons vu survenir à la suite d'une opération d'hydrocèle, tandis que nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer un seul cas chez les Sakalaves de Nossi-bé, pendant le long séjour que nous avons fait au milieu d'eux. Il est également rare à la côte occidentale d'Afrique.

En Amérique, on le rencontre fréquemment dans les États-Unis du Sud, et surtout dans la partie située sur le golfe du Mexique; il y est cinq fois plus commun dans la race noire que dans la race blanche. A la Martinique, d'après Ruz de Lavisson, le *trismus neo-nascentium* était si commun à la fin du dix-huitième siècle, qu'on le considérait comme une des causes destructives de la population, et qu'on différait jusqu'au quarantième jour, le transport des enfants à l'église. Aujourd'hui il y est devenu si rare, que c'est à peine si ce médecin a eu l'occasion, en vingt ans de pratique, d'en voir 5 ou 4 cas.

La Guyane est un des points de l'Amérique où il fait le plus de ravages. Déjà Bajon² en avait signalé la fréquence à Cayenne, et les médecins de la marine ont reconnu le même fait. « Chaque année, dit le docteur Sanquer, peu après le début de la saison sèche, au moment de la plus grande fréquence des fiè-

¹ Hirsch, *Handbuch der historisch-geographischen Pathologie*, Erlangen, 1862, tome II, p. 585.

² Bajon. *Mémoire pour servir à l'histoire de Cayenne et de la Guyane française*, adressé à l'Académie royale des sciences. Paris, 1777.

vres, on voit, tant à l'hôpital de la marine que chez les habitants de la ville, survenir cette redoutable névrose, tandis qu'elle est inconnue aux îles du Salut¹. » Le tétanos fait de nombreuses victimes au Mexique, au Brésil et surtout sur les bords de la Plata. Dans ce pays si salubre, les affections nerveuses sont extrêmement répandues; le tétanos s'y montre, comme dans l'Inde, à la suite de blessures ou d'opérations insignifiantes, parfois même à l'occasion de vieux ulcères. Il fait aussi périr un grand nombre de nouveau-nés. A Montevideo, où il est très-redouté des mères, on lui a donné le nom de maladie de 7 jours.

En somme, le tétanos est une maladie des climats extrêmes. Il est plus fréquent dans les pays marécageux et sur les côtes, que dans l'intérieur des terres et dans les lieux élevés. Tous les éléments de l'hygiène ont été vainement invoqués pour en expliquer la production, les refroidissements subits, l'action de certains vents, les aliments, les boissons, le miasme palustre, ont été tour à tour incriminés, mais, ainsi que le dit Rochoux, comment des causes communes à la plupart des maladies peuvent-elles produire une affection d'un caractère aussi spécial que le tétanos? Là se trouve un problème que jusqu'à présent les auteurs ont vainement essayé de résoudre.

2° *Maladie du sommeil* (*sleping dropsy, somnolenz hypnosie*). Cette affection singulière n'a été décrite que depuis quelques années. Elle est particulière à la côte occidentale d'Afrique. On la rencontre à partir de Benguela jusqu'à l'embouchure de la Gambie, entre le quinzième degré de latitude sud, et le dixième de latitude nord. Elle a d'abord été signalée par les médecins anglais. Le docteur Winterbottom, qui en a parlé le premier, la dit très-fréquentée chez les esclaves du Bernis et chez les Foulabs. Clark en a vu plusieurs cas à Kary, dans l'hôpital des Africains libérés; d'autres l'ont observée dans le golfe de Bénin, à Sierra-Leone, à la Côte-d'Or, à Liberia. Nos confrères l'ont observée au Congo et au Gabon. Elle y est plus répandue que dans le Nord. Cependant c'est une maladie assez rare, si on la compare aux endémies que nous avons passées précédemment en revue. Dangaix, qui l'a étudiée au Congo, n'en a vu que 3 cas². Nicolas, qui en a donné la description la plus complète, n'en a compté que 5, sur 1209 émigrants, qui ont

¹ A.-M. Sanquer, *Quelques mots sur le tétanos*. Thèse. Paris, 1869.

² Dangaix, *De l'hypnosie* (*Moniteur des hôpitaux*, 1861, n° 100).

passé sous ses yeux dans l'espace de neuf mois¹. Il estime que le centième des décès qui surviennent parmi les noirs, dans la traversée du Congo aux Antilles, peut être attribué à cette cause. Ils en sont souvent atteints une fois arrivés aux colonies, et même au bout d'un temps assez long. Le docteur Guérin a eu l'occasion d'en observer 148 cas à la Martinique dans ces conditions. Cette maladie a pour seul caractère, une tendance irrésistible au sommeil, qui devient chaque jour plus profond et plus prolongé, et finit par être continuel. Les malades, qu'aucune stimulation ne peut réveiller, s'éteignent progressivement, sans douleur, sans crise, sans qu'on puisse saisir le passage du sommeil à la mort, qui en est la terminaison constante. On n'a pas encore eu occasion de constater une seule guérison; l'autopsie ne révèle qu'une congestion passive de l'encéphale. La cause de cette maladie est complètement inconnue.

5° *Hématurie endémique des régions intertropicales*. Elle se distingue de celles qu'on observe dans nos climats par la présence plus constante du sang dans les urines, et par son mélange avec une matière albumino-graisseuse qui y existe à l'état d'émulsion, et par le refroidissement qui produit à la surface du liquide une couche d'un blanc laiteux et opaque. Cette substance d'apparence chyleuse est formée, d'après les analyses de Quévenne, de graisse aromatique et d'albumine, et sur 1,000 parties d'urine, il y a trouvé 19 parties de la première et 7 de la seconde. D'après Robin et Littré, elle provient du sang et n'est qu'un symptôme de la *piarrhémie*. Son passage dans les urines ne tient pas à une maladie des reins, mais à une exagération des fonctions du foie. L'excès des matières grasses et azotées qu'il sécrète dans les régions torrides, se mêle au sang et est ensuite éliminé par les urines. Les causes de cette affection ne sont pas connues²; elle affecte plus particulièrement les enfants et les femmes. Elle dure souvent pendant de longues années sans déterminer la mort, mais elle finit toujours par amener à la longue un état cachectique des plus prononcés. Elle s'améliore et guérit le plus souvent par un séjour prolongé dans les pays froids ou tempérés.

¹ Nicolas, *De la maladie du sommeil* (*Gazette hebdomadaire*, 18 octobre 1861, n° 42)

² Voyez O. Wucherer, *De l'hématurie intertropicale observée au Brésil*, in *Archiv. de méd. nav.*, t. XIII, p. 141. (A. L. de M.)

L'hématurie endémique est très-fréquente à Maurice, où, d'après Salesse, cité par Hirsch, les trois quarts des enfants en sont atteints; à Bourbon, où elle a été observée par Chapotin et par Juvénal; à Mayotte, où elle affecte particulièrement les enfants lymphatiques et ceux qui ont subi de longues privations. D'après Grenet, elle cesse habituellement à la puberté. Sigaud l'a également rencontrée au Brésil, dans les provinces situées au sud de l'Équateur, et particulièrement dans celle de Maranhão. Des recherches ultérieures permettront probablement de la retrouver sur d'autres points de la zone torride.

Nous venons de parcourir dans son entier le cadre des maladies endémiques, tel que nous l'avons compris; mais cette étude serait incomplète, si nous passions sous silence un certain nombre d'affections qu'on a l'habitude d'y faire entrer, et dont nous devons dire quelques mots pour justifier le parti que nous avons pris de les en exclure.

Nous les diviserons en trois catégories :

I. *Affections qui se rattachent à des maladies non endémiques.*

Nous rangerons sous ce titre un certain nombre d'états pathologiques, qu'on a décrit sous des noms spéciaux, parce qu'on en a méconnu la nature, et qui se rapportent à des maladies que l'on retrouve partout. Telles sont :

1° La *gale bédouine* et la *gale des Illinois*, qui ne sont autre chose que le *lichen tropicus*, les *bourbouilles* de nos colonies. Cette éruption s'observe dans tous les pays chauds. Simple-ment papuleuse au début, elle prend le caractère eczémateux sous l'influence de la malpropreté, de l'action des ongles et de la médication irritante qu'on lui oppose souvent.

2° Le *ringworm de Londres*, auquel Ozanam consacre un chapitre spécial, et qu'il dit endémique à Londres et à la Guyane, est un *herpès tonsurans* et rien de plus.

3° La *fégarite d'Espagne*, que le même auteur considère comme une maladie particulière à ce pays, a été décrite pour la première fois en 1810, à Madrid et à Tolède, par le docteur Montgarni, chez des soldats français provenant du dépôt du Retiro. Il est évident que ce médecin n'a eu sous les yeux qu'une épidémie de *stomatite ulcéro-membraneuse*, comme celle qu'on observe tous les jours dans les casernes et à bord des bâtiments.

4° Le *labri sulcium d'Islande* ou *chéilocace*, que les Anglais désignent sous le nom de *mouth's canker* (chancre de la bouche), nous paraît également se rapporter à la même maladie. Cette affection décrite par Boot, et que Mercuriali et Bonnet mentionnent également, s'observe fréquemment, en Angleterre et en Islande, chez les enfants de 4 à 5 ans. D'après leurs descriptions, on n'est disposé à y voir qu'une *stomatite ulcéreuse* développée chez des enfants scrofuleux et cachectiques, et rien ne nous semble autoriser son admission dans le cadre des maladies endémiques.

5° La *nome de Suède* est dans le même cas. Comme le *labri sulcium*, elle s'observe surtout chez les enfants et dans les classes les plus pauvres de la société. Elle consiste en une *stomatite gangréneuse* survenant chez des sujets épuisés, et se terminant rapidement par la mort. La tuméfaction du visage, l'enflure et le refroidissement des extrémités, la fréquence des épistaxis, la prostration dont elle s'accompagne, rapprochent cette affection du scorbut, avec lequel il serait peut-être permis de la confondre.

II. Maladies sur le compte desquelles la science n'est pas fixée.

A cette catégorie se rapporte un certain nombre d'états pathologiques mal définis, et dont il est impossible de se faire une idée suffisamment nette, parce que les renseignements que nous possédons à leur égard sont trop incomplets, leurs descriptions trop obscures, pour qu'on puisse savoir à quoi s'en tenir sur leur compte. Tels sont :

1° La *pinta du Mexique*, désignée également sous le nom de *mal de los pintos*, de *Quiricua*, de *Tinna*, est une maladie de la peau qui paraît particulière au Mexique. On l'observe principalement à la côte ouest, et depuis cette côte en marchant vers l'est, jusqu'à l'État de Tabasco. Heller l'a trouvée sur les bords du Grijalva¹. Elle n'a pas été signalée à la côte est, ni sur le plateau central.

D'après la description de Mac-Clellan², elle est caractérisée par des taches qui se montrent autour des yeux, sur la poitrine et les extrémités. Leur couleur est d'abord d'un blond jaunâtre-clair, puis elles tournent au bleu, et finissent en s'étendant par

¹ Heller, *Wiener Akademie Berichte*, 1848, n° 3, 122.

² Mac-Clellan, *Calcutta med. Transactions*. VI, 62.

devenir tout à fait noires, ce qui donne au malade l'aspect d'un nègre. La peau qui les supporte devient raboteuse, écailleuse et tellement irritable, qu'elle s'excorie au plus léger contact, et se couvre d'ulcères sordides et d'une odeur tellement repoussante, qu'on reconnaît à distance un malade atteint de la *pinta*. Mühlentfordt¹ et Müller² en ont décrit deux formes, dont l'une se rapporte au *pityriasis*, et l'autre à l'*ichthyose*. Rayer la range parmi les *décolorations endémiques*³. Nous sommes disposés à croire qu'on a décrit sous ce nom des états pathologiques différents, des cas de *chloasma*, de *vitiligo*, de *lèpre* surtout. Ce sujet qui n'est pas sans intérêt appelle de nouvelles recherches. Il n'en est pas fait mention dans les nombreux travaux dont les maladies du Mexique ont été l'objet de la part des médecins de l'armée et de la marine pendant le cours de la dernière expédition. Cependant, à la séance du 7 mai 1867, le baron Larrey a présenté à l'Académie de médecine, un rapport sur un travail du docteur Chassin, sur le *pinto*; mais ce rapport n'a pas été publié.

2° *Las verugas du Pérou*, décrite par Tschudi⁴, Smith⁵ et Oriosola⁶. D'après ces observateurs, elle est endémique sur le penchant occidental des Cordillères, dans les hautes vallées et les gorges exposées aux brusques changements de température. A la côte on n'en observe que des cas transportés. Elle est inconnue sur le versant oriental des Andes, ainsi qu'au Chili et dans la Colombie. Son foyer principal est le bourg de Santa-Ulaya, dans la province de Huarachiri. Elle n'a encore été rencontrée qu'au Pérou. La plus grande obscurité enveloppe tout ce qui a trait à cette maladie, et comme le fait observer Le Roy de Méricourt, les renseignements que nous possédons sont tellement extraordinaires, que c'est une étude à refaire en entier. On a très-probablement englobé sous cette dénomination les maladies les plus diverses. On entrevoit, à travers le vague des descriptions, des *syphilides*, des cas de *molluscum*, de *kéloïde*, de *lèpre*, de *variole hémorrhagique*, etc. Les médecins de la marine, que

¹ Mühlentfordt, *Versuch einer Schilderung der Republik Mexico*. Stuttgart, 1844. I, 55.

² Müller, *Deutsche Klinik*, 1847; *Monatsblätter für Statistik*, n° 6, 45.

³ Rayer, *Traité des maladies de la peau*, 2^e édition Paris, 1855, t. III, p. 896.

⁴ Tschudi, *Archiv für physiol. Heilkunde*, 1845, 578 et *Oesterr. mediz. Wochenschrift*, 1846, 505.

⁵ Smith, *Edinburgh medical and surgical Journal*, vol. LVIII, p. 67.

⁶ Oriosola, *Gaz. medica di Lima* Avril 1858; *Medical Times and Gazette*, London, septembre 1858, p. 280.

la navigation a conduits dans ces parages, ont fait de vaines tentatives pour débrouiller ce chaos. Pendant ces dernières années, le docteur Marc, médecin principal de la station des mers du Sud, et Layet, médecin de première classe, ont profité de leur long séjour au Pérou pour se mettre à la recherche des *verugas*. Ils n'ont pu en voir un seul cas, et parmi les médecins du pays, un seul prétendait en avoir observé deux, mais sans pouvoir fournir de renseignements positifs sur la nature de la maladie qu'il avait eue sous les yeux. La bibliothèque de Lima renferme deux thèses sur ce sujet ; la plus récente est de 1820 ; on n'y trouve rien de concluant. Le seul fait qui paraisse incontestable est déjà vieux de 4 siècles. Il est relatif au petit corps d'armée avec lequel François Pizarre traversa l'Amérique du Sud en 1513. Sur 700 hommes qui le composaient, il en mourut, dit-on, plus du quart à la suite d'hémorrhagies causées par des plaies gangréneuses.

3° Le *Bicho du Brésil* est une sorte de gangrène du rectum que Pison a décrit le premier, en 1648. Le Blond, dans ses observations sur les maladies des tropiques la mentionne également, et Sigaud¹, qui dit en avoir observé quatre cas, n'a rien ajouté à ce qu'en avaient dit les médecins portugais. Leurs descriptions peuvent s'appliquer d'une part à des hémorrhoides sphacélées, de l'autre à des cas de dysenterie gangréneuse. C'est toutefois à cette dernière affection que le bicho paraît surtout se rapporter.

4° *Tara de Sibérie*. Gmelin est le seul auteur qui en ait parlé. Il dit l'avoir observé dans la ville de Tara et sur les bords du fleuve Irtisch. C'est, dit-il, une maladie épidémique contagieuse et qui se transmet même aux animaux. Sa description, que tous les auteurs ont reproduite, est tellement vague et si concise, qu'il est impossible de savoir quelle est l'affection qu'il a rencontrée. Rayet² range le *tara* dans le groupe des *tumeurs endémiques* à côté du *bouton d'Alep*, avec lequel il n'offre pas la moindre analogie.

5° *Waren de Westphalie*. Ozanam, Rayet, Boudin ont reproduit dans des termes identiques la description que Henry de Bra a faite de cette maladie à une époque qu'aucun d'eux n'indique. L'auteur la dit héréditaire dans plusieurs familles. Il est

¹ Sigaud, *Du climat et des maladies du Brésil*. Paris 1844, gr. in-8°.

² Rayet, *Traité des maladies de la peau*, 2^e édition. Paris, 1855, t. II, p. 847.

impossible de s'en faire une idée exacte d'après des indications aussi sommaires, mais comme elle a disparu depuis longtemps, elle ne peut plus offrir qu'un intérêt historique, et le mieux est de ne plus s'en occuper.

6° *Senki du Japon*. Cette maladie n'est connue que par la description de Kæmpfer, qui remonte à 1715, et qui n'est ni plus détaillée, ni plus claire que les précédentes. Il y est question de coliques, de spasmes très-douloureux dans les muscles du ventre, de tumeurs éparses sur tout le corps, d'un engorgement prodigieux des sourcils chez les hommes, et chez les femmes d'un amas considérable de gros tubercules aux grandes lèvres. Ne serait-ce pas des cas de lèpre que Kæmpfer aurait pris pour une maladie particulière? A-t-il confondu et réuni sous un même nom des affections différentes? Il est difficile de le savoir. Toujours est-il que les maladies du Japon ont été depuis quelques années l'objet de nombreux travaux de la part des médecins de la marine et qu'il n'y est pas fait mention du *Senki*.

III. *Maladies qu'il n'y a pas lieu de maintenir dans le cadre nosologique.*

Enfin, nous rangerons dans cette dernière catégorie trois névroses prétendues qui figurent partout au nombre des endémies et dont l'existence, comme individualité morbide, ne repose que sur des erreurs de diagnostic ou des préjugés populaires.

1° *Calenture*. Cette sorte de délire furieux auquel les navigateurs sont dit-on sujets sous la zone torride, et que caractérise un désir irrésistible de se jeter à la mer, n'a été observé que par trois médecins de la marine, Stubbes, Oliver et Beisser¹. Le Roy de Méricourt a démontré que dans le très-petit nombre d'observations qu'ils ont rapportées, ces auteurs s'étaient un peu laissés aller à leur imagination et qu'ils n'avaient probablement eu sous les yeux que des cas d'insolation, de méningite ou de fièvre pernicieuse². Il conclut qu'il n'existe pas d'individualité morbide qui puisse justifier le maintien de la calenture dans le cadre nosologique. Barrallier³ arrive également à nier

¹ Beisser, Thèse du doctorat. 1852.

² Le Roy de Méricourt, *Archives générales de médecine*. Août 1857.

³ Barrallier, *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. VI, p. 93, article *Calenture*.

l'existence de cette maladie, et nous partageons complètement leur opinion.

2° Le *Tigretier* ou *chorée d'Abyssinie* est exactement dans le même cas. Tous les auteurs qui en ont parlé n'ont fait que reproduire le récit romanesque de l'aventurier Pearce, qui s'est trouvé en présence d'un cas de monomanie religieuse. Cette forme de folie n'est pas rare chez les Abyssiniennes qui sont également très-sujettes à l'hystérie. Courbon dans son voyage à l'isthme de Suez, sur le littoral de la mer Rouge et en Abyssinie, a fait de nombreuses recherches sur le *tigretier*. Elles l'ont conduit aux mêmes résultats que Le Roy de Méricourt¹, elles l'ont amené à conclure que cette maladie n'existait pas. *Tout ce qu'en a dit Pearce n'est qu'une fable, et la plupart des circonstances qu'il a supposées, telles que les bandes de musiciens et les bains froids, ne sont pas même réalisables en Abyssinie*².

3° *Tarentisme*. On a donné ce nom, dit Boudin³, à un ensemble d'accidents bizarres qui selon quelques auteurs, seraient produits par la morsure de la *tarentule*, espèce particulière d'araignée commune dans plusieurs parties de l'Italie et spécialement dans la Pouille. Vers la fin du quinzième siècle, cette maladie se répandit sous forme épidémique dans presque toute l'Italie, et atteignit son plus haut degré au dix-septième siècle.

Les cas de *tarentisme* qu'on observe actuellement ne sont que des accès pernicious à forme délirante ou comateuse, dont les habitants méconnaissent la cause et qu'ils attribuent sans raison à la piqûre de la tarentule. En faisant danser les malades au son du violon et de la cornemuse, jusqu'à ce qu'ils tombent épuisés de fatigue, ils espèrent éliminer le poison en provoquant une transpiration abondante ; ils se bornent en réalité à hâter l'apparition du stade de sueur, et la fin de l'accès, qui en est la conséquence, semble justifier leur théorie et entretient leur erreur.

Les épidémies de tarentisme du quinzième et du dix-sep-

¹ *Archives générales de médecine*, t. XII, 2^e série, page 129.

² A. Courbon, *Observations topographiques et médicales recueillies dans un voyage à l'isthme de Suez, sur le littoral de la mer Rouge et en Abyssinie*. Thèse. Paris, 1861.

³ Boudin, *Traité de géographie et de statistique médicales*. Paris, 1857.

tième siècle se rattachent à l'histoire de ces névroses convulsives du moyen âge, qui ont donné jadis, comme le dit Anglada, le spectacle navrant de toutes les défaillances de la raison humaine. La croyance à la morsure d'une araignée ou d'un scorpion n'était qu'un signe de plus de cette perversion intellectuelle. La morsure de la *tarentule* y était aussi étrangère qu'elle l'est encore aujourd'hui aux prétendus cas de tarentisme qu'on observe dans la Pouille. Des expériences complètement négatives faites tout récemment en Italie, ne laissent aucun doute à cet égard.

Arrivés au terme de cette longue revue dont nous ne nous dissimulons pas l'aridité, si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur toutes ces maladies si différentes de nature, de gravité, de provenance et de climat, il est un fait général qui nous frappe, et que les développements qui précèdent étaient destinés à mettre en lumière. En insistant, comme nous l'avons fait sur les questions d'étiologie, nous n'avions pas seulement pour but de justifier une classification nouvelle basée sur cette considération, nous espérions de plus, en faire sortir une conclusion pratique dont l'importance ne peut échapper à personne et que nous sommes maintenant en mesure de formuler.

Il est un lien commun qui réunit ces individualités morbides si diverses et qui tient à leur nature même, c'est que les causes qui les ont fait naître et qui les entretiennent ne sont pas du nombre de celles qu'il faut se résigner à subir, qu'elles sont accessibles aux moyens d'action dont l'humanité dispose et qu'il est permis d'entrevoir une époque où elle pourra s'en affranchir. Quand nous parlons de maladies dont la disparition peut être espérée, nous ne voulons pas dire qu'un jour viendra où le monde entier n'en offrira plus de traces, notre optimisme ne va pas jusque là. Les espèces animales sont impérissables et tous les efforts de l'homme n'en ont pas encore détruit complètement une seule, mais il est parvenu à réduire celles qui lui sont nuisibles à des proportions telles, qu'elles ne sont plus un danger pour lui. Il est en droit de concevoir les mêmes espérances à l'égard des espèces morbides. Le passé, sous ce rapport lui est garant de l'avenir. Les endémies infectieuses ont déjà rétréci notablement leurs domaines : leurs principaux foyers subsisteront sans

doute bien longtemps encore, et le moment n'est pas venu où il sera permis de songer à assainir les immenses marais des régions intertropicales, à canaliser l'embouchure de leurs grands fleuves, à rendre à la culture ces vastes terrains d'alluvion qui en défendent l'approche, mais quand il ne s'agit que de vaincre des obstacles matériels, il n'est pas possible d'assigner des bornes à la puissance humaine. Grâce aux conquêtes de l'industrie, des entreprises que nos pères auraient considérées comme insensées se réalisent aujourd'hui presque sans effort. Il n'est pas plus difficile de dessécher des marécages que de réunir deux mers ou de passer sous les Alpes; mais il faut, pour le tenter, que l'importance du but soit à la hauteur des sacrifices qu'il exige, et l'intérêt qui s'attache aux questions de cette nature ne frappe pas assez fortement les yeux, les moyens d'action n'ont pas acquis une perfection suffisante pour qu'il faille encore y songer. C'est la part de l'avenir, et c'est quelque chose déjà que d'avoir indiqué les moyens d'atténuer un mal dont on ne peut de nos jours attaquer le principe. C'est ce qu'a fait l'hygiène en signalant les causes des maladies infectieuses. Il lui est plus facile de garantir les populations contre les endémies dues à des intoxications alimentaires. L'amélioration des cultures, une surveillance plus éclairée, des mesures de police mieux entendues, suffiront sans doute pour les prévenir.

Il est inutile de rappeler tout ce qui a déjà été fait dans ce sens. Les maladies virulentes, les affections parasitaires sont encore plus accessibles aux efforts de l'hygiène. Quant aux endémies dont la cause nous a échappé jusqu'ici, il s'agit d'abord de la découvrir, et c'est une espérance qui n'a rien de téméraire.

Nous sommes loin de prétendre que tous ces résultats soient faciles à atteindre; nous ne songeons pas à assigner une durée à une œuvre de perfectionnement qui demandera probablement des siècles pour s'accomplir: nous avons tenu seulement à tirer de notre travail un enseignement pratique, en montrant que la question d'étiologie domine l'étude des maladies endémiques et qu'elle est plus avancée qu'on ne le croit généralement.

TABLE

I ^e CLASSE. — Maladies endémiques d'origine miasmatique.	7
II ^e CLASSE. — Maladies endémiques causées par un vice de l'alimentation.	16
III ^e CLASSE. — Maladies endémiques d'origine parasitaire.	58
IV ^e CLASSE. — Maladies endémiques de nature virulente.	56
V ^e CLASSE. — Maladies endémiques dont la cause est encore inconnue.	66
Affections qui se rattachent à des maladies non endémiques.	80
Maladies sur le compte desquelles la science n'est pas fixée.	81
Maladies qu'il n'y a pas lieu de maintenir dans le cadre nosologique.	84

BIBLIOTHEQUE DU MÉDECIN DE LA MARINE

PUBLIÉE PAR J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

- Traité de la contagion** pour servir à l'histoire des maladies contagieuses et des épidémies, par CHARLES ANGLADA, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. 1855. 2 vol. in-8. 12 fr.
- Traité de géographie et de statistique médicales, et des maladies endémiques**, comprenant la météorologie et la géologie médicales, les lois statistiques de la population et de la mortalité, la distribution géographique des maladies, et la pathologie comparée des races humaines, par le docteur J. CH. M. BODIN, médecin de l'hôpital Saint-Martin. 1857. 2 vol. gr. in-8, avec 9 cartes et tableaux. 20 fr.
- Traité pratique des maladies du foie et des voies bilieuses**, par FRERICHS, professeur de clinique médicale à l'Université de Berlin, traduit de l'allemand par les docteurs DUMÉNIL et PELLAGOT. *Deuxième édition revue et corrigée*, avec des additions nouvelles de l'auteur. 1866. 1 vol. in-8 de xvi-774 pages avec 80 figures intercalées dans le texte. 11 fr.
- Traité de chirurgie d'armée**, par L. LEGUEST, médecin principal de l'armée, professeur à l'École impériale d'application de la médecine et de la pharmacie militaires (Val-de-Grâce). 1865. 1 fort vol. in-8 de 1000 p. avec 128 figures. 12 fr.
- Relation de la fièvre jaune**, survenue à Saint-Nazaire en 1861, lue à l'Académie de médecine en avril 1865, suivie d'une réponse aux discours prononcés dans le cours de la discussion et de la loi anglaise sur les quarantaines, par F. MÉLIER, inspecteur général des services sanitaires. Paris, 1865. In-4 de 276 pages avec 3 cartes. 10 fr.
- Essai sur l'éléphantiasis des Grecs**, lèpre phymatode et aphyomatode, par le docteur P.-J.-M. BRASSAC, médecin de 1^{re} classe. Paris, 1868. In-8 de 100 pages 2 fr. 50
- Études sur la fièvre jaune à la Martinique**, de 1669 à nos jours, par le docteur J.-J.-J. CORNILLIAC, chirurgien de 2^e classe. Fort-de-France, 1864. 1 vol. in-8. 5 fr.
- Recherches chronologiques et historiques sur l'origine et la propagation de la fièvre jaune** dans les Antilles, par J.-J.-J. CORNILLIAC, médecin. I^{re} partie : topographie, climatologie, anthropologie; II^e partie : histoire médicale. Fort-de-France, 1867. 2 vol. in-8. 6 fr.
- Essai sur les maladies des Européens dans les pays chauds**, et les moyens d'en prévenir les suites, par Jacques LINN, traduit de l'anglais par Thion de la Chaume. Paris, 1785. 2 vol. in-12 6 fr.
- Essai sur la climatologie de Montevideo** et de la république orientale de l'Uruguay, par L. J. SAUREL, chirurgien de la marine. Montpellier, 1851. In-8 de 164 pages. 2 fr. 50
- Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris**, par A. TROUSSEAU, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie impériale de médecine. *Troisième édition, revue et augmentée*. 5 vol. in-8, de chacun 800 pages. 50 fr.
- Formulaire raisonné des médicaments nouveaux et des médications nouvelles**, suivi de notions sur l'aérophérapie, l'électrothérapie, la kinésithérapie et l'hydrologie médicale, par O. REVEIL, professeur agrégé de la Faculté de médecine et de l'École de pharmacie, pharmacien de l'hôpital des Enfants malades. *2^e édition revue et corrigée*. 1 vol. in-18 jésus de xii 696 pages, avec figures dans le texte. Prix. 6 fr.
- Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire**, douzième édition, entièrement refondue, par E. LITTRÉ, Membre de l'Institut de France et de l'Académie impériale de médecine, et CH. ROBIN, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Ouvrage contenant la synonymie latine, grecque, allemande, anglaise, italienne et espagnole, et le glossaire de ces différentes langues. Illustré de plus de 550 figures intercalées dans le texte. Paris, 1865, gr. in-8 d'environ 1,700 pages. Prix. 18 fr.
- Commentaires thérapeutiques du Codex medicamentarius**, ou histoire de l'action physiologique et des effets thérapeutiques des médicaments inscrits dans la pharmacopée française, par Adolphe GUELIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie impériale de médecine (section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale). Paris, 1868. 1 vol. gr. in-8, format du Codex. de 780 pages, cartonné. 12 fr.

Expédition franco par le retour du courrier contre envoi d'un mandat sur la poste.

BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN DE LA MARINE

PUBLIÉE PAR J.-B. BAILLÈRE ET FILS

- Du Typhus épidémique**, et histoire médicale des épidémies de typhus observées au bague de Toulon en 1855 et 1856, par A.-M. BARRALLIER, professeur de pathologie médicale à l'École de médecine navale du port de Toulon, second médecin en chef de la marine. 1861. In-8 de 550 pages. 5 fr.
- Traité des maladies des Européens dans les pays chauds** (régions tropicales), climatologie, maladies communes, maladies endémiques, par le docteur A.-F. DUTROUËAU, premier médecin en chef de la marine. Ouvrage couronné par l'Institut (Académie des sciences) et par l'Académie de médecine. 2^e édition, revue et corrigée. 1868. In-8, 608 pages. 8 fr.
- Traité d'hygiène navale**, ou de l'influence des conditions physiques et morales dans lesquelles l'homme de mer est appelé à vivre, et des moyens de conserver sa santé, par J.-B. FONSSAGRIVES, professeur à l'École de médecine navale de Brest. Paris, 1856. In-8 de 800 pages avec 57 fig. 10 fr.
- Hygiène alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires**, ou du Régime envisagé comme moyen thérapeutique, par J.-B. FONSSAGRIVES, médecin en chef de la marine, professeur à l'École de médecine de Brest. 2^e édition, revue et corrigée. 1867. 1 vol. in-8 de 670 pages. 8 fr.
- Traité des maladies infectieuses**. Maladies des marais, fièvre jaune, maladies typhoïdes (fièvre pétéchiale ou typhus des armées, fièvre typhoïde, fièvre récurrente ou à rechutes, typhoïde bilieuse, peste, choléra), par GRIESINGER, professeur à l'université de Berlin. Traduit sur la 2^e édition allemande, et annoté par le docteur G. LEMATRE, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1868. 1 vol. in-8 de 556 pages. 8 fr.
- Le Choléra**, origine, endémicité, transmissibilité, propagation, mesures d'hygiène, mesures quarantaines et mesures à prendre en Orient pour prévenir de nouvelles invasions du choléra en Europe; exposé des travaux de la Conférence internationale de Constantinople, mis en ordre et précédé d'une introduction, par le docteur A. FAUVEL, délégué du gouvernement français, inspecteur général des services sanitaires, etc. 1 vol. in-8 de 600 pages avec une carte. 7 fr. 50
- Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme**, par le docteur Lucien PENARD, chirurgien principal de la marine, professeur d'accouchement à l'École de médecine de Rochefort. 2^e édition. Paris, 1865. xxiv-528 pages avec 112 fig. 4 fr.
- Recherches sur les causes de la colique sèche**, observée sur les navires de guerre français, particulièrement dans les régions équatoriales, et sur les moyens d'en prévenir le développement, par M. A. LEFÈVRE, directeur du service de santé de la marine à Brest. 1859. In-8 de 312 pages. 4 fr. 50
- De l'emploi des cuisines et appareils distillatoires** dans la marine. Nécessité d'établir une surveillance hygiénique sur la construction et sur le fonctionnement de ces appareils. Essai d'un filtre au charbon animal en grains, destiné à purifier l'eau de mer distillée et à lui enlever les composés plombiques ou cuivriques qu'elle peut accidentellement entraîner, par M. A. LEFÈVRE, directeur du service de santé de la marine au port de Brest. 1862. In-8 de 55 pages avec figures. 1 fr. 50
- Mémoire sur la chromhydropse**, ou chromocronie cutanée, par le docteur LE ROY DE MÉRICOURT, professeur à l'École de médecine navale de Brest, suivi de l'Étude microscopique et chimique de la substance colorante de la chromhydropse, par Ch. ROBIN, professeur à la Faculté de médecine, et d'une note sur le même sujet, par le docteur ORDOÑEZ. 1864. In-8, 179 pages. 5 fr.
- De l'ostéomyélite et des amputations secondaires à la suite des coups de feu**, d'après des observations recueillies à l'hôpital de la marine de Saint-Mandrier (Toulon, 1859), sur des blessés de l'armée d'Italie, par le docteur Jules Roux, directeur du service de santé de la marine à Toulon. 1860. In-4 de 115 pages avec 6 planches. 5 fr.
- Traité de chirurgie navale**, par le docteur L. SAUREL, ex-chirurgien de la marine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, suivi d'un Résumé de leçons sur le **service chirurgical de la flotte**, par le docteur J. ROCHARD, chirurgien en chef de la marine. 1861. In-8 de 600 pages avec figures intercalées dans le texte. 8 fr.
- De l'influence de la navigation et des pays chauds sur la marche de la phthisie pulmonaire**, par J. ROCHARD, chirurgien en chef de la marine. Paris, 1856. 1 vol. in-4 de 94 pages. 4 fr.

Expédition franco par le retour du Courrier contre l'envoi d'un mandat sur la poste

NOUVEAU DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

ILLUSTRÉ DE FIGURES INTERCALÉES DANS LE TEXTE

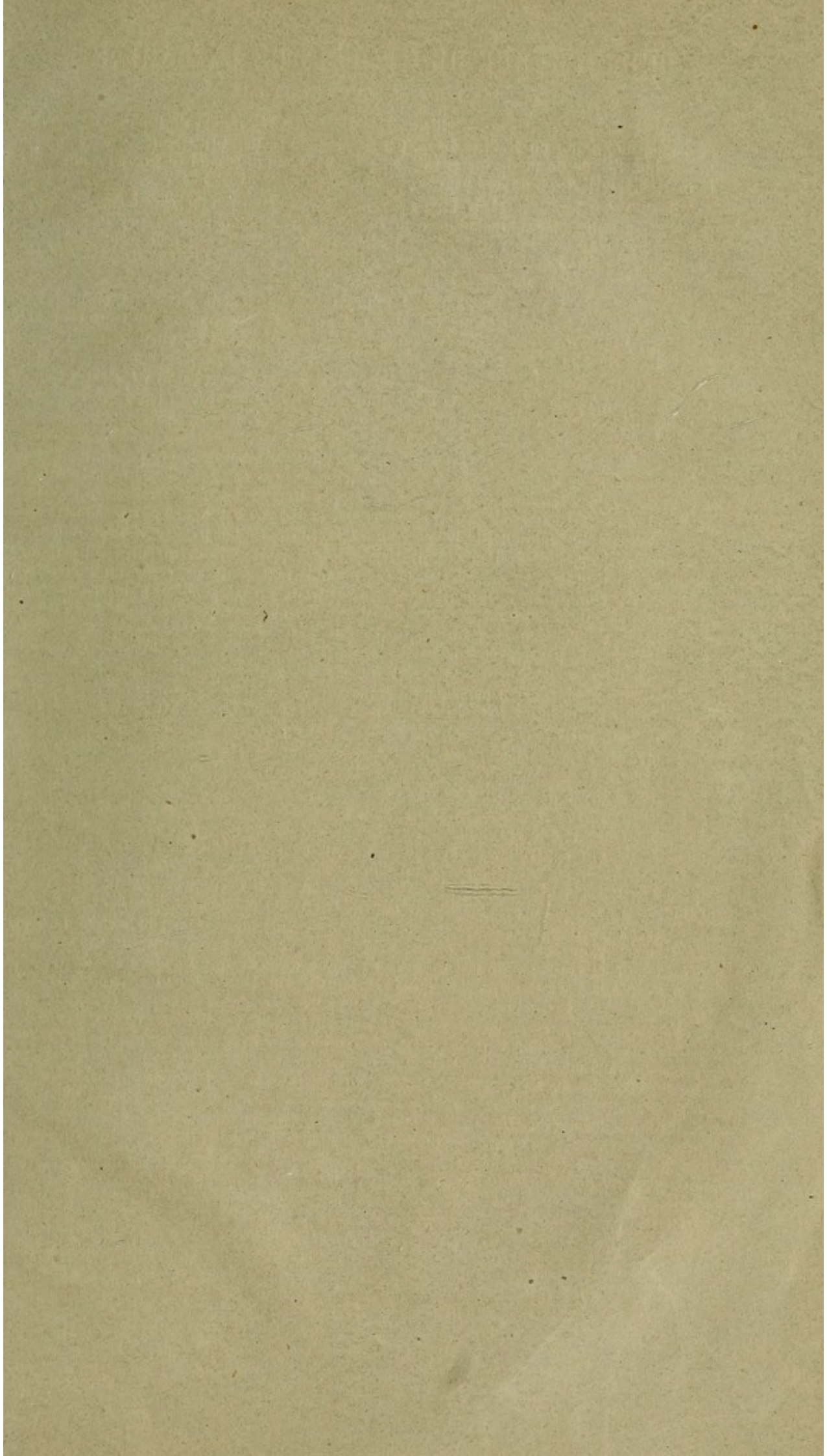
Directeur de la rédaction : le docteur JACCOUD

LISTE DES COLLABORATEURS

AVEC L'INDICATION DES PRINCIPAUX ARTICLES QU'ILS ONT RÉDIGÉS POUR LES TOMES I^{er} A XIII

- ANGER** (BENJ.) chirurgien des hôpitaux. — *Bras*.
- BAILLY** (E.), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — *Bassin, Crochet, Eclampsie, Ergot de seigle* (effets thérap.).
- BARRALLIER**, professeur à l'École de médecine navale de Toulon. — *Bouton d'Alep, Camphre, Charbon, Chlore* (thérap.), *Cuivre, Cyanogène et Composés, Dysenterie, Éléphantiasis, Éther*.
- BERNUTZ**, médecin des hôpitaux de Paris. — *Abdomen, Aménorrhée, Artériel (Canal), Constitutions médicales*.
- BERT** (PAUL), professeur à la Faculté des sciences de Paris. — *Absorption, Asphyxie, Chaleur animale, Curare, Défecation, Digestion*.
- BŒCKEL** (EUG.), professeur agrégé à Strasbourg. — *Aisselle, Anatomie pathol. et Anatomie chirurg., Cartilage, Connectif (Tissu), Dégénérescence, Érectiles* (appareils et mouvements), *Érectiles* (tumeurs).
- BUIGNET**, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris. — *Atropine, Carbonates, Carbone et composés Chaleur* (phys.), *Chaux, Chlore, Chrome, Citrique (Acide), Cyanogène et composés, Eau, Eaux médicinales, Eaux minérales, Électricité*.
- CUSCO**, chirurgien des hôpitaux. — *Choroidite*.
- DEMARQUAY**, chirurgien de la Maison municipale de santé. — *Avant-bras, Bec-de-lièvre, Carbonique (Acide), Chaleur animale, Côtes, Exophtalmie*.
- DENUCÉ**, professeur à l'École de médecine de Bordeaux. — *Abdomen, Ankylose, Atloïde occipitale et axoïdienne, Coude*.
- DESNOS**, médecin des hôpitaux de Paris. — *Acrodynie, Amygdales, Angines, Choléra, Coryza, Ergotisme*, et de nombreux articles sur les eaux minérales.
- DESORMEAUX** (A.), chirurgien de l'hôpital Necker. — *Bras, Bougie, Cathéter*.
- DESPRÉS** (A.), chirurgien des hôpitaux. — *Diaphragme, Encanthis, Étranglement*.
- DEVILLIERS**, M. A. M. — *Avortement, Coqueluche, Délivrance*.
- DIEULAFOY** (G.), D. M. P. — *Douleur*.
- FERNET** (CH.), D. M. P. — *Bouche, Convalescence, Diaphragme, Dysphagie*.
- FOURNIER** (ALFRED), médecin des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — *Adhérences, Alcoolisme, Balanite, Blennorrhagie, Bubon, Chancre*.
- FOVILLE** (A.), médecin adjoint de Charenton. — *Convulsions, Délire, Démence, Dipsomanie*.
- GALLARD** (T.), médecin des hôpitaux. — *Chaufage, Consanguinité, Contagion, Éclairage*.
- GINTRAC** (H.), professeur à l'École de médecine de Bordeaux. — *Ascite, Bismuth, Camphre, Bronches* (pathol.), *Cyanose*.
- GIRALDÉS**, chirurgien des hôpitaux. — *Acupressure, Anesthésiques, Anus*.
- GOSSELIN**, professeur à la Faculté de médecine. — *Anus, Blépharite, Conjonctivite, Crurales (Région et Hernie), Erysipèle*.
- GUÉRIN** (ALPH.), chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. — *Amputations, Anthrax, Autoplastie*.
- GOMBAULT**, médecin des hôpitaux de Paris. — *Choléra, Croissance, D'arrhée*.
- HARDY** (A.), professeur à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — *Acné, Cheveu, Chromhidrose, Dartre, Ecthyma, Eczéma, Erythème, Exanthème*.
- HÉBERT**, pharmacien en chef de l'hôpital des cliniques. — *Boissons, Cataplasmes*.
- HERAUD**, professeur à l'École de médecine navale de Toulon. — *Emplâtres, Eta'n*.
- HEURTAUX**, professeur à l'École de Nantes. — *Cancer, Cancroïde, Chondrome, Engelure*.
- HIRTZ**, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg. — *Aconit, Antimoine, Arsenic, Belladone, Chaleur dans l'état de maladie, Crise, Datura* (thér.), *Diète, Diététique, Digitale* (thér.), *Embolie, Expectation*.
- JACCOUD**, médecin de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté. — *Agonie, Albuminurie, Amyloïde, Angine de poitrine, Apoplexie, Bile, Bronzée (Maladie), Diabète, Électricité* (applic. méd.), *Encéphale, Endocarde, Endocardite*.
- JACQUEMET**, professeur agrégé à Montp. lier. — *Emphysème traumatique*.

- JAVAL** (ÉMILE), D. M. P. — *Emmétropie*.
- JEANNEL**, pharmacien en chef à l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris. — *Copahu, Cubèbe, Dépuratif, Embauments, Emollients, Ether, Extraits, etc*
- KœBERLÉ**, professeur agrégé à Strasbourg. — *Aine, Bourses séreuses*.
- LANNELONGUE** (O.), chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé. — *Cœliaque (Artère), Conjonctive, Conjonctivite, Cornée*.
- LAUGIER** (S.), professeur à la Faculté de médecine. — *Abcès, Anus contre nature, Brûlure, Commotion, Contusion, Cuisse, Encéphale*.
- LE DENTU**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — *Cave (Veine), Effort*.
- LÉPINE** (R.), D. M. P. — *Diphthérie (avec LORAIN)*.
- LIEBREICH**, professeur d'ophtalmologie. — *Accommodation, Amaurose, Astigmatisme, Cataracte*.
- LORAIN** (P.), médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé. — *Accouchement (médecine légale), Age, Allaitement, Anémie, Chlorose, Choléra, Diphthérie, Endémie, Épidémie*.
- LUNIER**, inspecteur général des asiles d'aliénés. — *Crâne (déformat. artificielles), Crétinisme*.
- LUTON** (A.), professeur à l'École de médecine de Reims. — *Aorte, Auscultation, Biliaires (Voies), Catarrhe, Circulation, Cœur (anat. et phys.), Congestion, Dérivatifs, Dérivation, Dyspepsie, Entozoaires (pathol.), Estomac*.
- MARCÉ**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — *Catalepsie*.
- MARCHAND** (L.), professeur agrégé à l'École supérieure de pharmacie. — *Baumes, Belladone, Café, Champignons, etc*.
- MARTINEAU**, D. M. P. — *Aphthes, Céphalalgie, Colique, Coma, Constipation, Crachats, Dermalgie, Emaciation, Epistaxis*.
- MICHEA**, D. M. P. — *Démonomanie, Dynamomètre, Dynamoscopie, Extase*.
- MOTET**, D. M. P. — *Cauchemar*.
- NÉLATON**, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine. — *Artères*.
- OLLIVIER**, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté. et **BERGEFON**, D. M. P. — *Aphonie, Argent, Calcul*.
- ORÉ**, professeur à l'École de Bordeaux. — *Aliment, Bains, Bégayement, Bronches, Déglutition*.
- PAIN** (A.), D. M. P. — *Asiles (Asiles d'aliénés, asiles de convalescents, salles d'asile), Douche*.
- PANAS**, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé à la Faculté. — *Articulations, Cicatrices, Cicatrification, Épaule*.
- RANVIER** (L.), D. M. P. — *Capillaires (Vaisseaux), Epithélium*.
- RAIMBERT**, D. M. P. — *Charbon (affections charbonneuses)*.
- RAYNAUD**, médecin des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — *Albinisme, Artères (maladies), Azygos (Veine), Cachexies, Caves (Veines), Cœur (anomalies, pathologie), Diathèse, Érysipèle (avec GOSSELIN)*.
- RICHET**, professeur à la Faculté de médecine. — *Anévrysmes, Carotide, Clavicule*.
- RICORD**, ex-chirurgien de l'hôpital du Midi, M. A. M. — *Antiaphrodisiaques, Aphrodisiaques*.
- RISAL** (AUG.), D. M. P. — *Exutoires*.
- ROCHARD** (J.), premier chirurgien en chef de la marine. — *Acclimatement, Air marin, Beriberi, Climat, Dengue, Drainage chirurgical*.
- ROUSSIN** (Z.), professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce. — *Arsenic, Catalyse, Champignons, Cuivre, Désinfectants, Digitale, Empoisonnement*.
- SAINT-GERMAIN** (DE), chirurgien des hôpitaux. — *Amygdales, Charpie, Circuncision, Crâne, Électricité (applic. à la chirurgie et aux accouchements), Encéphalocèle, Éponge*.
- SARAZIN** (C.), professeur agrégé à Strasbourg. — *Ambulances, Appareil, Atrophie, Bandages, Caoutchouc (thérapeutique chirurgicale), Caustique, Cautére, Cautérisation, Compression, Compresseur, Cou, Dent, Dentition*.
- SÉE** (G.), professeur à la Faculté de médecine de Paris. — *Asthme*.
- SIMON** (J.), médecin des hôpitaux de Paris. — *Atrophie musculaire progressive, Chorée, Contracture, Croup*.
- SIREDEY**, médecin des hôpitaux de Paris. — *Douche, Dysménorrhée, Emménagogues*.
- STOLTZ**, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg. — *Accouchement, Césarienne (Opération), Couches, Dystocie*.
- TARDIEU**, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — *Air, Arsenic, Asphyxie, Avortement, Blessures, Digitale, Eaux minérales (statistique, régime administratif), Empoisonnement, Exhumation*.
- TARNIER**, chirurgien de la Maternité, professeur agrégé à la Faculté. — *Céphalématome, Cordon ombilical, Embryotomie*.
- TROUSSEAU**, professeur à la Faculté de médecine. — *Ataxie locomotrice progressive*.
- VAILLANT** (L.), répétiteur à l'École pratique des hautes études. — *Entozoaires, Éponge*.
- VALETTE**, professeur à l'École de Lyon. — *Coalgie, Cystite, Cystocèle, Écrasement linéaire*.
- VERJON**, D. M. P., inspecteur des eaux de Plombières. — *Eaux minérales, etc*.
- VOISIN** (A.), médecin de l'hospice de la Salpêtrière. — *Amnésie, Aphasie, Curare (effets thérapeut.), Épilepsie*.



BIBLIOTHEQUE DU MEDECIN DE LA MARINE

PUBLIÉE PAR J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

- Du Typhus épidémique**, et histoire médicale des épidémies de typhus observées au bague de Toulon en 1855 et 1856, par A.-M. BARRALLIER, professeur de pathologie médicale à l'École de médecine navale du port de Toulon, second médecin en chef de la marine. 1861. In-8 de 550 pages. 5 fr.
- Traité des maladies des Européens dans les pays chauds** (régions tropicales, climatologie, maladies communes, maladies endémiques, par le docteur A.-F. DUTROU-LAU, premier médecin en chef de la marine. Ouvrage couronné par l'Institut (Académie des sciences) et par l'Académie de médecine. 2^e édition, revue et corrigée. 1868. In-8, 608 pages 8 fr.
- Traité d'hygiène navale**, ou de l'influence des conditions physiques et morales dans lesquelles l'homme de mer est appelé à vivre, et des moyens de conserver sa santé, par J.-B. FONSSAGRIVES, professeur à l'École de médecine navale de Brest. Paris, 1856. In-8 de 800 pages avec 57 fig. 10 fr.
- Hygiène alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires**, ou du Régime envisagé comme moyen thérapeutique, par J.-B. FONSSAGRIVES, médecin en chef de la marine, professeur à l'École de médecine de Brest. 2^e édition, revue et corrigée. 1867. 1 vol. in-8 de 670 pages. 8 fr.
- Traité des maladies infectieuses**. Maladies des marais, fièvre jaune, maladies typhoïdes (fièvre pétéchiale ou typhus des armées, fièvre typhoïde, fièvre récurrente ou à rechutes, typhoïde bilieuse, peste, choléra), par GRUESINGEN, professeur à l'université de Berlin. Traduit sur la 2^e édition allemande, et annoté par le docteur G. LEMATRE, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1868. 1 vol. in-8 de 556 pages. 8 fr.
- Le Choléra**, origine, endémicité, transmissibilité, propagation, mesures d'hygiène, mesures quarantaines et mesures à prendre en Orient pour prévenir de nouvelles invasions du choléra en Europe; exposé des travaux de la Conférence internationale de Constantinople, mis en ordre et précédé d'une introduction, par le docteur A. FAUVEL, délégué du gouvernement français, inspecteur général des services sanitaires, etc. 1 vol. in-8 de 500 pages avec une carte. 7 fr. 50
- Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme**, par le docteur LUCIEN PENARD, chirurgien principal de la marine, professeur d'accouchement à l'École de médecine de Rochefort. 2^e édition. Paris, 1865. xxiv-518 pages avec 112 fig. 4 fr.
- Recherches sur les causes de la colique sèche**, observée sur les navires de guerre français, particulièrement dans les régions équatoriales, et sur les moyens d'en prévenir le développement, par M. A. LEFÈVRE, directeur du service de santé de la marine à Brest. 1859. In-8 de 512 pages. 4 fr. 50
- De l'emploi des cuisines et appareils distillatoires** dans la marine. Nécessité d'établir une surveillance hygiénique sur la construction et sur le fonctionnement de ces appareils. Essai d'un filtre au charbon animal en grains, destiné à purifier l'eau de mer distillée et à lui enlever les composés plombiques ou cuivriques qu'elle peut accidentellement entraîner, par M. A. LEFÈVRE, directeur du service de santé de la marine au port de Brest. 1862. In-8 de 55 pages avec figures. 1 fr. 50
- Mémoire sur la chromydruse**, ou chromocrinie cutanée, par le docteur LE ROR DE MÉRICOURT, professeur à l'École de médecine navale de Brest, suivi de l'Étude microscopique et chimique de la substance colorante de la chromydruse, par Ch. ROUX, professeur à la Faculté de médecine, et d'une note sur le même sujet, par le docteur ORDONEZ. 1864. In-8, 179 pages. 5 fr.
- De l'ostéomyélite et des amputations secondaires à la suite des coups de feu**, d'après des observations recueillies à l'hôpital de la marine de Saint-Mandrier (Toulon, 1859), sur des blessés de l'armée d'Italie, par le docteur Jules ROUX, directeur du service de santé de la marine à Toulon. 1860. In-4 de 115 pages avec 6 planches. 5 fr.
- Traité de chirurgie navale**, par le docteur L. SAUREL, ex-chirurgien de la marine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, suivi d'un Résumé de leçons sur le **service chirurgical de la flotte**, par le docteur J. ROCHARD, chirurgien en chef de la marine. 1861. In-8 de 600 pages avec figures intercalées dans le texte. 8 fr.
- De l'influence de la navigation et des pays chauds sur la marche de la phthisie pulmonaire**, par J. ROCHARD, chirurgien en chef de la marine. Paris. 1856. 1 vol. in-4 de 94 pages. 4 fr.

Expédition franco par le retour du Courrier contre l'envoi d'un mandat sur la poste







