

retrouve plutôt alors les caractères propres aux congestions actives et à l'inflammation. Ainsi le cerveau est sablé, les poumons sont parfois enflammés, hépatisés; le sang renfermé dans les vaisseaux est plus rouge, et contient d'autant plus de sérum que la mort est survenue à une époque plus éloignée du début de la réaction. Le liquide cholérique a disparu; les membranes séreuses sont humides; les corpuscules intestinaux sont peu ou point saillants, tandis que les follicules agminés sont parfois un peu boursoufflés, mais sans présenter aucune des lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde; enfin, la vessie contient plus ou moins d'urine.

Symptômes. Marche. — Le choléra asiatique débute parfois brusquement; presque toujours pourtant il y a des prodromes, tels que malaise, faiblesse, perte d'appétit, soif, douleurs de ventre, borborygmes très-bruyants, et diarrhée jaune ou blanchâtre, muqueuse, fétide; il y a en outre de l'accablement, de l'insomnie, des sueurs, des défaillances, des frissons vagues, irréguliers; le pouls est calme ou bien un peu accéléré. C'est à l'ensemble de ces symptômes prodromiques que quelques personnes ont donné le nom de *cholérine*. C'est pour ainsi dire la première période de la maladie. Ces accidents, qui se combinent entre eux de mille manières différentes, persistent plus ou moins; ils peuvent ne durer qu'un jour ou se prolonger au delà d'un septénaire: tantôt ils se terminent presque aussitôt par la guérison, ou bien ils sont remplacés par les symptômes propres au choléra. Magendie dit que quelques malades ont succombé après avoir présenté seulement les symptômes de la cholérine. La mort est arrivée alors par suite de l'anéantissement progressif des forces: toutefois les faits de ce genre ont été fort rares.

Lorsque le choléra est tout à fait déclaré, la soif est vive, les boissons froides sont prises avec avidité; le ventre est plus ou moins rétracté, il est peu sonore; il est le siège de coliques, que la pression augmente souvent. Bientôt le malade rend en vomissant ces matières blanches, floconneuses, d'une odeur fade, dont nous avons parlé précédemment; des évacuations alvines ont lieu simultanément. Les matières intestinales, d'abord jaunâtres et fétides, finissent bientôt par être identiques avec celles qui sont rejetées par la bouche. Ces évacuations sont généralement répétées à de courts intervalles. Bientôt le pouls s'accélère et s'élève rapidement à 120 ou 130 pulsations par minute; sa force diminue en proportion de sa fréquence. Les battements du cœur sont faibles et accompagnés parfois d'un bruit de souffle, dû sans doute à l'obstruction des orifices par le sang coagulé; la respiration est pénible, anxieuse, plus ou moins accélérée; les malades accusent de la dyspnée, ou plutôt un sentiment d'oppression, une sorte de constriction sous-sternale. Par la percussion et l'auscultation on ne découvre rien d'anormal dans la poitrine. La voix presque aussitôt s'affaiblit, elle est comme cassée, plus tard les malades sont tout à fait aphones; en même temps surviennent des vertiges, de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreille; des crampes très-douloureuses se font sentir dans les bras, dans les doigts, et surtout dans les mollets, qui sont fermes et durs comme du bois. Les forces sont alors prostrées à tel point que beaucoup de malades ne peuvent se tenir debout: leur faciès exprime l'abattement et une souffrance extrême; les traits sont tirés, la figure est notablement amaigrie; les yeux sont caves, bordés de noir. Si ces accidents vont encore en s'aggravant, la peau du corps se refroidit, la face prend une teinte bleuâtre; la pulpe des doigts et des orteils devient violacée, surtout au pourtour des ongles, tandis que la peau de ces parties est ridée comme si elle avait longtemps macéré dans de l'eau tiède. Lorsqu'on pince la peau sur les autres parties du corps, elle conserve pendant longtemps

le pli qu'on lui a donné, comme si les téguments avaient perdu toute leur élasticité. Non-seulement la face, mais le corps entier est amaigri par suite de l'absorption du fluide séreux qui humecte le tissu cellulaire; toutes les sécrétions naturelles ou accidentelles sont diminuées ou tarries; la sécrétion urinaire elle-même est complètement suspendue. Au début ou bien dans les choléras moins graves, ce liquide existe seulement en quantité moins considérable; il est généralement trouble, et l'on y a souvent décelé la présence de l'albumine. C'est un fait qui, indiqué déjà en Allemagne, a été étudié avec soin en France pendant l'épidémie de 1849, d'abord par M. Rostan, puis par MM. Bouchut et Michel Lévy: ce dernier a rencontré l'albuminurie dans la plupart des cas, 611 fois sur 696.

A un degré plus avancé, on dit que l'affection est arrivée à sa seconde période. Les membres et la face sont alors complètement cyanosés; la coloration cyanique peut même gagner presque toute la surface du corps. Les yeux sont secs, ternes; la cornée est flétrie par suite de l'absorption de l'humeur aqueuse; la peau est froide et couverte d'une sueur visqueuse, de sorte qu'en la palpant on a la sensation que donne le toucher du nez du chien ou de la peau d'un batracien. La langue est bleuâtre et froide; la soif est plus vive. Les vomissements sont souvent plus rares que dans la période précédente; les selles, involontaires, sont souvent formées par un liquide rougeâtre et fétide. La voix est éteinte; l'haleine des malades est froide. L'air expiré contient parfois plus d'oxygène que chez les sujets sains, ainsi que l'ont prouvé les expériences de Davy, expériences dont M. Rayer a vérifié l'exactitude pendant l'épidémie de 1832. A cette même période, la dyspnée et l'oppression augmentent; le pouls devient imperceptible, il en est parfois de même des battements du cœur; la circulation semble alors interrompue: c'est ainsi qu'on a pu couper en travers une artère volumineuse sans qu'il s'en écoulât du sang. Si l'on ouvre une veine, ce n'est que par des pressions répétées qu'on parvient à se procurer quelques cuillerées d'un sang noir, foncé, visqueux, se coagulant en masse et retenant tout ou presque tout son sérum. Le sang offre une température inférieure de 4 à 5 degrés Réaumur à celui qui est fourni par d'autres malades; aussi l'abaissement de température est-il général, affectant les parties profondes aussi bien que les parties superficielles. Cooper, à Berlin, avait vu en 1832 la température descendre à 26 degrés centigrades, et M. Roger, dans l'épidémie de 1849, a trouvé que le thermomètre s'abaissait de 5 à 6 degrés au-dessous de la moyenne physiologique. A cette période, tous les sens sont affaiblis ou éteints; l'ouïe est dure, la vue trouble, la sensibilité tactile abolie. Cependant, malgré des symptômes aussi fâcheux, les facultés intellectuelles persistent intactes, et il est rare qu'il y ait du délire. Dans cette forme grave et dans cette période extrême de la maladie, l'absorption elle-même languit et peut devenir à peu près nulle, ainsi que l'ont établi des expériences instituées par MM. Vernois et Duchaussoy. On peut donc dire sans exagération que les malades sont alors *cadavérisés*. La mort, qui est la terminaison presque constante de cet état, arrive tantôt lentement et après agonie, tantôt elle a lieu tout à coup, comme si elle était due à une syncope. Ce qu'il y a de remarquable alors, c'est que souvent la température du corps s'élève lorsque les individus sont arrivés à cette période ultime: c'est là sans doute ce qui a fait croire à quelques personnes que la température des cholériques augmentait parfois après la mort. Certains cadavres la conservent longtemps. Tels sont les accidents qui caractérisent cette seconde période du choléra grave, à laquelle on a donné les noms d'*algide*, de *bleue*, de *cyanique* ou d'*asphyxique*, en raison du refroidissement du corps, de la

couleur violacée de la peau et des phénomènes d'asphyxie qui prédominent.

Lorsque le malade ne succombe pas à la période algide, la maladie change bientôt de physionomie : le froid disparaît peu à peu; le pouls devient perceptible, puis il reprend sa force et son volume; la cyanose diminue, ainsi que l'amaigrissement; la face se colore, les yeux s'injectent, la voix prend de la force; la sécrétion urinaire se rétablit, et l'on y décèle parfois, mais d'une manière toute passagère, la présence de l'albumine; enfin le sang reprend peu à peu ses qualités normales, et il contient d'autant plus de sérum qu'on s'éloigne davantage du début de la réaction. L'ensemble de ces phénomènes caractérise la période dite de *réaction du choléra*.

Lorsque aucun accident ne vient entraver cette période, les malades ne tardent pas à entrer en convalescence; mais la réaction n'est pas toujours aussi franche : il est des malades, en effet, chez lesquels elle est *incomplète*, c'est-à-dire qu'après s'être établie en partie, elle est remplacée bientôt par de nouveaux symptômes algides qui emportent presque tous les sujets. Chez d'autres, la réaction se complique d'accidents typhoïdes. Chez eux la fièvre s'allume; la langue devient sèche, rude, noire; les dents s'encroûtent de fuliginosités; la soif est vive; les malades sont tourmentés par un hoquet continu; la face est hébétée, frappée de stupeur; les malades tombent dans le coma ou dans un état de subdelirium; ils ont des roideurs, des contractures, des soubresauts de tendons; enfin, au bout de cinq, six, huit ou dix jours au plus, la mort survient. Quelques-uns pourtant guérissent; mais leur rétablissement est lent, très-difficile. Pendant la réaction, les évacuations intestinales ainsi que les vomissements ont cessé. Cependant il arrive parfois que ces derniers persistent; alternant alors avec le hoquet, ils tourmentent beaucoup les malades; ils s'accompagnent souvent de douleurs cardiaques, d'une grande anxiété, et ils ne finissent souvent qu'avec la vie. Enfin, c'est encore pendant la réaction que surviennent la plupart des complications, telles que des congestions ou des inflammations, spécialement du côté des méninges, du côté du cerveau et des poumons, ainsi que diverses éruptions cutanées (rougeole, scarlatine, roséole, érythème, urticaire). On a observé parfois des parotides. M. Michel Lévy a fréquemment aussi rencontré l'ictère pendant l'épidémie de 1849; dans tous les cas la maladie eut une heureuse issue.

Les symptômes précédents ne se succèdent pourtant pas toujours dans l'ordre que je viens d'indiquer : nous avons vu assez souvent, en 1832 comme en 1849, la maladie débiter brusquement par les phénomènes les plus graves qui caractérisent l'état algide : on disait alors que le choléra était *foudroyant*; chez d'autres, la maladie se présentait avec ses symptômes ordinaires, à l'exception pourtant des vomissements et des selles qui manquaient, quoique du fluide cholérique eût été exhalé en abondance dans les intestins, comme l'inspection cadavérique le démontrait.

L'âge n'apporte pas de grandes modifications à la physionomie de la maladie. Il m'a paru seulement que chez les enfants les plus jeunes la cyanose était rarement portée au point où nous la trouvons chez l'adulte; chez eux aussi l'agitation, l'inquiétude très-grande, les crampes, sont souvent excessives et la marche constamment très-aiguë.

Durée. — Le choléra a donc une marche plus ou moins rapide; il peut parfois tuer en quelques heures; sa durée moyenne est d'environ soixante heures; assez souvent la vie se prolonge pendant un septénaire, mais il est rare que les malades luttent plus de douze jours. Toutes choses égales d'ailleurs, on a trouvé que la durée de la maladie était en raison directe des forces des malades.

La convalescence est plus ou moins rapide; en général, elle est lente et exige beaucoup de soins, car des rechutes ont quelquefois lieu; d'autres malades conservent pendant un temps plus ou moins long de la dyspepsie; divers troubles des organes digestifs, permanents chez les uns, ne se manifestent chez d'autres qu'à des intervalles plus ou moins rapprochés.

Le choléra peut guérir ou suspendre pendant un temps plus ou moins long les maladies aiguës ou chroniques dans le cours desquelles il se déclare. C'est ainsi qu'on a vu des hydropisies, des phlegmasies, des affections rebelles de la peau disparaître, des fièvres éruptives même se suspendre, rester stationnaires, et ne reprendre leur marche que lorsque l'affection cholérique avait complètement cédé.

Diagnostic. — En ayant égard à la nature des vomissements et des selles, au refroidissement de la langue et de toute la surface du corps, à la petitesse, puis à la suppression du pouls, à la coloration bleuâtre ou cyanique de la peau et des muqueuses, aux crampes, à la suppression de l'urine, à l'aphonie, il est impossible que l'on confonde le choléra épidémique avec aucune autre affection connue; les selles sont seules caractéristiques et empêchent de confondre la cholérine avec la diarrhée simplement catarrhale. L'empoisonnement par les substances caustiques, et surtout l'empoisonnement par l'arsenic, est la seule maladie qui pourrait simuler le choléra asiatique. Lorsque, en effet, la quantité d'acide arsénieux ingérée est considérable, on peut observer le refroidissement du corps, l'état cyanique de la face et des extrémités, l'altération de la voix, la dyspnée, la rareté et la suppression de la sécrétion urinaire; mais les évacuations alvines, qui sont noires et sanguinolentes, et les vomissements de matières âcres, bilieuses et également sanguinolentes, mettront sur la voie pour reconnaître la cause des accidents, indépendamment des lumières qui seront fournies par les commémoratifs. D'ailleurs, en tout état de choses, s'il y a incertitude, l'analyse chimique des déjections et des matières vomies dissipera bientôt tous les doutes. (Voyez plus bas *Choléra européen*, pour le diagnostic différentiel avec cette affection.)

Le choléra débutant brusquement quelque temps après un repas plus ou moins copieux, pourrait d'abord simuler une indigestion, cependant la nature des vomissements qui, après avoir été formés d'aliments, deviennent bientôt caractéristiques, la nature des évacuations alvines et cet ensemble sur lequel nous insistions naguère, ne laisseront aucun doute. Il est inutile, je pense, de dire en quoi le choléra se distingue de la péritonite, de l'iléus, de la colique de plomb; ces affections sont si dissemblables en toutes choses, qu'il serait vraiment oiseux d'établir leur diagnostic différentiel.

Pronostic. — Le choléra asiatique est une maladie très-grave, et qui a exercé de grands ravages partout où elle a sévi, puisqu'elle a communément fait périr la moitié de ceux qu'elle a atteints. Elle a paru plus fâcheuse aux deux extrêmes de la vie et a été plus meurtrière chez l'homme que chez la femme. Les accidents ont toujours été plus graves au début de l'épidémie que vers son déclin. Lorsque les malades deviennent froids, cyanosés et sans pouls, le péril est grand. Une réaction qui n'est pas très-intense, qui est complète et qui se soutient, doit faire espérer une heureuse terminaison.

Étiologie. — Le choléra dont nous parlons est endémique dans l'Inde; ce n'est qu'accidentellement qu'on le voit en Europe. Cependant, depuis l'épidémie de 1832, il n'est pas d'année où nous n'en ayons rencontré plusieurs cas, généralement bénins, ce qui nous porterait à penser que le choléra asiatique est désormais une affection définitivement importée dans notre continent.

Pour expliquer la marche et les progrès de cette maladie, on a invoqué toutes les causes occultes par lesquelles on a prétendu expliquer de tout temps l'apparition des maladies épidémiques : il est inutile de les énumérer. Quelques personnes ont cherché surtout à se rendre compte de la marche et de la propagation de la maladie, en invoquant un agent contagieux. Cette opinion n'avait guère trouvé de défenseurs en France pendant la première épidémie; mais après celle qui nous a affligés en 1849, on a produit un grand nombre de faits, tous favorables à la doctrine de la contagion, et recueillis, pour la plupart, par les médecins des départements. Cependant, avant de les adopter, il est nécessaire de les soumettre à une enquête sévère, afin de bien en déterminer la valeur.

Lorsqu'il s'agit, en effet, d'une maladie épidémique qui, comme le choléra, franchit tout d'un coup les plus grandes distances, il faut apporter beaucoup de réserve, ne pas se hâter surtout de conclure, car on s'exposerait souvent à attribuer à la contagion des effets qui tiennent à la marche irrégulière et capricieuse de la maladie. D'autre part, les cas de contagion recueillis dans les foyers épidémiques ont toujours quelque chose de suspect, en raison de l'impossibilité où l'on est de faire la part qui revient à la contagion, si elle existe, et à la constitution épidémique dont l'influence est incontestable; voilà pourquoi les faits de contagion si laborieusement recueillis par MM. Briquet et Mignot, dans leur excellent livre, et relatifs surtout à des malades de l'hôpital de la Charité, qui auraient été frappés après l'arrivée dans les salles de cholériques venus du dehors, n'ont et ne peuvent avoir aucune valeur. Les seuls faits capables de résoudre le difficile problème de la contagion du choléra sont ceux où la maladie aurait été transportée d'un foyer épidémique dans un lieu éloigné où l'affection était inconnue, et s'y serait transmise des nouveaux arrivants tombés aussitôt malades à ceux qui leur ont donné des soins. Or des faits semblables ont été produits. Un des plus remarquables que je connaisse est celui qui a été rapporté par le docteur Brochard (de Nogent-le-Rotrou) (1). Le département d'Eure-et-Loir était dans un état sanitaire satisfaisant, aucun cas de choléra ne s'y était encore montré, lorsque plusieurs nourrices, parties de Paris atteintes déjà des prodromes du choléra, arrivèrent dans l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou. L'une d'elles va mourir dans son village, ainsi que son nourrisson; sa sœur, qui vient d'un hameau voisin pour lui donner des soins, est frappée à son tour et meurt en quelques jours. Une autre nourrice succombe avec son enfant à Nogent-le-Rotrou, et trois des femmes qui l'assistent sont frappées, deux le sont mortellement; dès ce moment le fléau envahit la ville et y produit de grands ravages. Ces faits sont graves; il est difficile de croire qu'il n'y ait eu là qu'une coïncidence, et même en supposant une influence épidémique encore occulte, il n'en serait pas moins extraordinaire de voir la maladie frapper exclusivement d'abord les personnes qui ont été en rapport avec les premiers malades. Nos chirurgiens militaires, soit en Afrique, soit pendant la campagne d'Orient, ont été témoins de faits semblables. Des détachements, des corps d'armée ont propagé la maladie d'étape en étape, ou transportés au loin sur des vaisseaux, ils ont, au lieu de débarquement, propagé la maladie inconnue jusqu'alors dans ces parages. Il est donc impossible de contester au choléra tout caractère contagieux. La doctrine de la contagion, habilement combattue par M. Jolly (2), compte encore peu de partisans à Paris. Il en

(1) *Du mode de propagation du choléra*. Paris, 1851.

(2) *Union médicale*, année 1853.

est bien qui y croient, mais ils n'osent l'avouer publiquement, par la crainte d'exciter une panique. C'est là une discrétion blâmable, car il y a toujours intérêt pour tous à connaître la vérité, quelle qu'elle soit. Dans l'espèce, il ne peut être indifférent pour nous, comme pour l'administration publique, de savoir si le choléra est ou n'est pas contagieux. Qu'on se rassure; dans ce siècle éclairé, et dans notre pays surtout, les défaillances au moment du péril sont très-rares: ceux qui sont frappés, riches ou pauvres, ont trouvé et trouveront toujours des gens dévoués pour les soigner.

Il est inutile de discuter plus longtemps la cause première du choléra; nous dirons pourtant qu'en considérant que la maladie a sévi dans les pays les plus divers, au milieu des conditions hygiéniques les plus opposées, il est rationnel de supposer l'existence d'une cause spécifique probablement répandue dans l'atmosphère; mais nous ne pouvons avoir à ce sujet aucune démonstration. Il est des lieux qui de tout temps ont joui d'une immunité remarquable: je citerai Versailles, toujours respecté, et, chose plus extraordinaire encore, la ville de Lyon, où existent de si nombreuses causes d'insalubrité, où vit entassée une population misérable. Les épidémies ont présenté, de tout temps, ces anomalies encore inexplicables. L'influence épidémique peut s'exercer non-seulement sur l'homme, mais encore sur plusieurs classes d'animaux, spécialement sur les bêtes à cornes, les volailles et même les poissons.

En général, le choléra n'envahit pas brusquement un pays: mais il a été le plus souvent précédé de divers états morbides qui règnent épidémiquement, tels que fièvres intermittentes, dysenteries, diarrhées ou embarras gastriques.

Pendant le règne des deux dernières épidémies, on a noté que certaines causes prédisposaient davantage à la maladie, et que d'autres pouvaient en provoquer le développement. Parmi les premières, on a surtout cité l'encombrement et le non-renouvellement de l'air, l'habitation des lieux humides, l'âge adulte, le sexe féminin, la misère, les privations, les excès, les travaux rudes, les peines morales. Les causes occasionnelles qui ont paru agir le plus souvent sont les refroidissements, les excès, les indigestions, etc.

Traitement. — On a préconisé contre le choléra presque tous les agents dont la thérapeutique dispose. Tout le monde avait voulu d'abord trouver un spécifique: cependant l'expérience a prouvé qu'on ne pouvait opposer au choléra une méthode uniforme de traitement, et que celle-ci devait varier suivant une foule de circonstances, et surtout d'après l'état symptomatique: il faut ici obéir aux indications qui se présentent.

Dans les prodromes, lorsqu'il existe cet ensemble de symptômes auxquels on a donné le nom de cholérine, il faut prescrire le repos au lit et la diète, l'usage de lavements mucilagineux, de boissons gommées ou légèrement aromatiques, mais surtout l'emploi de l'opium, que l'on administre par la bouche ou en lavement, depuis 5 centigrammes jusqu'à 30 ou 40. Les pédiluves ou les cataplasmes sinapisés sont utiles pour diminuer la céphalalgie. Enfin, lorsque le pouls offre de la résistance, la peau une chaleur fébrile, lorsque le ventre est le siège de coliques, on doit retirer une petite quantité de sang par la saignée du bras, et mieux encore par l'application d'un certain nombre de sangsues. Si, au contraire, il y a beaucoup d'affaissement, si le pouls est faible, il faut insister davantage sur les boissons aromatiques (menthe, camomille, mélisse, arnica); on donnera aussi quelques antispasmodiques, spécialement le sirop d'éther. Les moyens précédents conviennent encore dans la seconde période de la maladie, pendant laquelle quelques personnes ont préconisé l'ipécacuanha et les purgatifs salins comme agents perturbateurs. Le vomitif nous avait donné d'as-