

avec le pouce et l'index de la main gauche; retirant alors le poinçon, l'eau s'écoule, et on la reçoit dans un vase. En général, il n'est pas nécessaire d'imprimer à la canule aucun mouvement; quelquefois pourtant il faut l'incliner en divers sens, et aider à la sortie du liquide par une pression exercée sur le ventre à l'aide des deux mains d'un aide.

Nous conseillons de vider le ventre en une seule fois, à moins pourtant que l'ascite ne soit trop considérable, cas dans lequel on devrait faire plusieurs ponctions successives, et ne permettre à chacune d'elles que l'écoulement d'une partie du liquide, afin de faciliter le retrait des parois sur elles-mêmes. Le liquide évacué, la canule est retirée aussitôt, pendant qu'avec deux doigts de l'autre main on soutient la peau. Après avoir essuyé le sang qui coule en petite quantité de l'ouverture, on applique un morceau de sparadrap, et l'on entoure le ventre d'un bandage de corps modérément serré.

On a vu, dans quelques cas, une hémorrhagie se faire par la piqûre; lorsque la compression ne suffit pas pour l'arrêter, on pourrait, à l'exemple de Belloc, insinuer dans le trajet de la plaie un petit cylindre de cire, ou mieux encore un petit morceau de ces bougies nommées *rats-de-cave*, et qui, en raison de la mèche, peuvent être plus facilement introduites et retirées. La syncope est encore un accident noté parmi ceux qui surviennent après la paracentèse, mais elle est si rare que je ne l'ai pas encore observée dans ce cas. La position horizontale, l'inspiration de quelque odeur pénétrante, suffisent pour ranimer les malades.

Pour prévenir ou retarder le retour de l'épanchement, il faut, s'il n'existe d'ailleurs aucune contre-indication, établir une forte révulsion sur les reins à l'aide des diurétiques, sur l'intestin à l'aide des purgatifs énergiques, sur la peau au moyen de quelques bains de vapeur. On continuera aussi de faire une compression méthodique sur tout le ventre. Ces moyens ont parfois amené la guérison de quelques ascites, ou du moins ils ont retardé leur récurrence; c'est ce qui résulte surtout d'un travail publié par Bricheteau dans le journal *les Archives* pour l'année 1832. Il a surtout démontré l'utilité de la compression dans quelques cas d'ascites simples, qui ne se lient à aucune lésion organique ni à aucun obstacle à la circulation veineuse.

On a tenté, à différentes époques, la cure radicale de l'ascite par des procédés analogues à ceux usités pour obtenir la guérison de l'hydrocèle. C'est ainsi qu'on a tour à tour proposé d'injecter dans le péritoine des vapeurs vineuses, le protoxyde d'azote, de l'eau tiède, de l'alcool, du vin, une décoction de quinquina, et dans ces derniers temps, de la teinture d'iode. Plusieurs médecins distingués n'ont pas craint d'employer et de préconiser cette méthode: MM. Leriche et Dieulafoy ont cité notamment quelques faits favorables (1), et M. Boinet, dans un travail publié par la *Gazette médicale* de 1851 et plus tard dans son ouvrage, a beaucoup exalté les vertus des injections iodées et proclamé même leur innocuité. Si la première impression de la teinture d'iode sur le péritoine produit la pâleur, le refroidissement, le ralentissement du pouls et un état syncopal, ces accidents pourtant ne seraient que momentanés, ils se dissiperaient après dix à quinze minutes; d'ailleurs, loin d'avoir une violente péritonite, les malades n'offriraient d'autres symptômes qu'un peu de tension et de sensibilité du ventre, un petit mouvement fébrile, qui se dissiperaient après un ou deux jours. En somme, M. Boinet déclare que, sur 13 injections iodées dans le péritoine, on compterait 11 succès. Quelque confiance que l'au-

(1) *Revue médico-chirurgicale* de 1846, et *Union médicale* de 1850.

teur m'inspire, je n'ai encore osé ni faire ni conseiller une opération pareille. Comment ne pas trembler, en effet, quand on injecte dans le péritoine un liquide aussi irritant que la teinture d'iode (1)? On dit bien, il est vrai, que cette substance provoque une phlegmasie spéciale, plastique, et que jamais du pus n'est produit; mais qu'importe? Ce n'en est pas moins une péritonite qui peut tuer et qui tuera, en effet, presque nécessairement, si elle envahit toute la séreuse abdominale: les expériences sur les animaux le démontrent. Il me semble d'autant plus imprudent d'exposer les malades à un péril si grand, que l'opération en principe me paraît être irrationnelle. Car si, comme la chose est presque constante, l'ascite est symptomatique d'une affection organique, l'injection iodée ne remédie, en cas de succès, qu'à un symptôme, et n'empêche pas la lésion de suivre son cours. Si, par contre, l'ascite est essentielle, elle constitue une affection très-curable par des moyens moins hasardeux. On a dit enfin que les adhérences contractées par les intestins entre eux et avec les parois du ventre pouvaient être la source de douleurs et de troubles permanents du côté des organes digestifs; mais je crois que ce résultat reproché à la méthode des injections n'est pas constant: il peut se faire, en effet, que l'iode se borne à modifier la vitalité de la séreuse et ne provoque pas la sécrétion de fausses membranes. Quoi qu'il en soit, il importe de rester dans une sage réserve, et en présence des succès qu'on cite, rappelons-nous qu'il n'est pas d'opérations irrationnelles, de procédés barbares, de médications incendiaires, dont la force médicatrice n'ait souvent triomphé.

#### SÉCRÉTIONS SÉREUSES DES MEMBRANES MUQUEUSES

Les membranes muqueuses sont très-rarement le siège de flux aqueux ou séreux; les seules sécrétions de ce genre qu'on observe quelquefois n'ont guère lieu que dans le tube digestif et dans les organes génitaux de la femme. On a bien décrit des flux pareils pouvant se faire par les fosses nasales, ainsi que Morgagni en cite quelques exemples; mais cette affection, que quelques auteurs ont proposé de nommer *rhinorrhée*, n'est pas encore suffisamment connue. Dans l'étude des flux séreux intestinaux nous croyons devoir admettre deux variétés, qui sont: le *choléra asiatique* et l'*hydro-entérorrhée*.

#### Du choléra asiatique.

Le choléra épidémique ou asiatique offre pour symptômes principaux dans sa forme grave: des vomissements et des selles de matières aqueuses blanchâtres, semblables à l'eau de riz; la suppression de la sécrétion urinaire; la fréquence, la petitesse, puis l'absence du pouls; le refroidissement presque glacial du corps; une couleur violacée des téguments, qui sont flasques et ridés; un amaigrissement rapide; des crampes très-dououreuses dans les membres; une aphonie plus ou moins complète, et un sentiment d'oppression parfois extrême.

**Historique.** — Je ne discuterai pas si le choléra asiatique est une affection

(1) M. Boinet conseille d'injecter dans le péritoine et d'y laisser pendant quelques minutes le liquide suivant:

Eau.....	200 grammes.
Teinture alcoolique d'iode.....	30 —
Iodure de potassium.....	4 —



nouvelle, ou si c'est d'elle qu'il est parlé dans plusieurs passages des livres sanscrits. Quoi qu'il en soit, c'est une maladie connue depuis longtemps dans les Indes orientales, où elle est endémique. Plusieurs fois on l'a vue, franchissant ses limites naturelles, aller exercer ses ravages au loin. Mais le fait le plus extraordinaire est celui de cette épidémie meurtrière qui, commençant à Jessore, près les bouches du Gange, en 1817, a successivement envahi l'Asie, l'Afrique, l'Europe et l'Amérique, est venue sévir dans notre pays, qu'elle a parcouru de 1832 à 1839. Disparu de France presque entièrement pendant treize ans, ce fléau nous a visités de nouveau en 1849, et a fait au moins autant de victimes que lors de sa première apparition; enfin, de novembre 1853 à mai 1854, nous avons eu à traverser pour la troisième fois une épidémie qui fut bénigne, si surtout on la compare aux deux qui l'ont précédée. Ces épidémies ont donné lieu à une foule de recherches et de travaux. Nous mentionnerons surtout l'excellent traité de MM. Gérardin et Gaimard, les monographies de MM. Bouillaud, Gendrin, Briquet et Mignot; les recherches de Magendie et de M. Rayer, ainsi que l'article remarquable publié dans le *Dictionnaire de médecine*, par Dalmas, praticien habile et observateur excellent dont nous regrettons la fin prématurée. Enfin, pour terminer, citons les rapports de M. Moreau de Jonnés et de la commission médicale du département de la Seine, ainsi que celui des professeurs Dubreuil et Rech.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions qu'on trouve à l'ouverture des cadavres diffèrent suivant que les malades ont succombé dans la seconde période dite de *cyanose*, ou bien dans la troisième dite de *réaction*. Dans le premier cas, les cadavres perdent lentement leur chaleur, la teinte cyanosée de la face et des membres est conservée; l'œil est flétri; tout le corps est amaigri; les muscles sont peu consistants ou moins violacés: cette coloration se retrouve dans la plupart des os spongieux, et jusqu'à la racine et à la moitié de la couronne des dents. La masse intestinale, rarement distendue par des gaz, offre souvent extérieurement une coloration violacée, surtout pour les anses qui plongent dans l'excavation pelvienne. Le tube digestif ouvert, on le trouve pâle, décoloré par places; mais dans la plus grande partie de son étendue, il offre diverses nuances de coloration, rouge, lie de vin, noirâtre ou violacée; ses tuniques semblent épaissies. Les vaisseaux de la partie correspondante du mésentère sont gorgés de sang. Ces diverses colorations ne peuvent être rapportées à un travail inflammatoire, mais elles tiennent à une stase sanguine. Si, en effet, à l'exemple de Magendie, on injecte de l'eau dans les artères mésentériques, on entraîne tout le sang qui engorge les parois intestinales, et l'on rend à celles-ci la couleur d'un blanc grisâtre qui leur est naturelle. La membrane muqueuse a généralement sa consistance normale; mais elle présente le plus souvent dans toute l'étendue des voies digestives, depuis l'œsophage jusqu'au rectum, spécialement à la fin de l'iléon, dans le cæcum et dans le côlon, une éruption de petits corps durs et opaques, résistants à la pression du volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de chènevis ou de mil, et qui ne sont autre chose que des follicules tuméfiés; cette lésion, bien décrite surtout par MM. Serres et Nonat, n'offre rien de caractéristique, elle n'est point spéciale au choléra. On la retrouve, en effet, dans une foule d'autres états morbides, toutes les fois que l'exhalation intestinale est augmentée; et comme, en outre, elle n'est pas constante, on ne saurait en faire le caractère anatomique de la maladie.

Les intestins et l'estomac des cholériques contiennent en plus ou moins grande quantité un liquide d'une odeur fade, blanc, floconneux, qu'on a com-

paré à du petit-lait mal clarifié ou à une décoction de riz ou de gruau. La membrane muqueuse est en outre tapissée par une matière comme crèmeuse, d'un blanc grisâtre. Il est généralement admis que le liquide cholérique est identique par sa composition avec la sérosité du sang. Becquerel l'ayant soumis à quelques analyses, a trouvé qu'il était formé par une eau légèrement albumineuse, neutre ou un peu alcaline, contenant, outre l'albumine en dissolution, une quantité variable d'albumine coagulée unie à une très-petite quantité de mucus, et à une quantité relativement assez considérable de chlorure de sodium. Indépendamment de ce liquide, les intestins peuvent en outre contenir la bile jaune, verte, ou bien un liquide rougeâtre, sanguinolent. Les vaisseaux lymphatiques et biliaires sont exempts d'altération; le foie, ayant un volume ordinaire, est gorgé d'un sang noir, diffluent; il en est de même des reins, surtout dans leur couche corticale. La rate est en général petite, dure; tous les autres tissus parenchymateux sont congestionnés et d'une couleur violacée toute particulière. Enfin, sur les parois de la vessie qui est vide d'urine, on voit parfois des flocons blanchâtres semblables à ceux que nous avons déjà rencontrés dans les voies digestives. Les poumons sont le plus souvent flasques, affaissés, à peine engoués; d'autres fois l'engouement sanguin est considérable, et l'on a même vu des noyaux apoplectiques en plus ou moins grand nombre: on a trouvé aussi quelquefois dans les bronches les corpuscules blanchâtres déjà signalés dans les intestins et dans la vessie. Le cœur est petit, flasque, friable, rempli d'un sang noir, poisseux, qu'on a justement comparé à du raisiné mou ou à de la gelée de groseille mal cuite. MM. Michel Lévy et Tholozan ont fréquemment observé, pendant l'épidémie de 1849, des ecchymoses à la face externe du cœur, ainsi qu'à la face interne du ventricule gauche. Tout le système veineux, surtout au voisinage du cœur, est gorgé d'un sang également noir et poisseux; souvent ce liquide existe en petite quantité dans le cadavre; il était en effet difficile, dans l'épidémie de 1832, de pouvoir en recueillir plus de 250 à 312 grammes. D'après une remarque de M. Rayer, si on l'expose à l'air, il s'oxygène moins facilement que celui des autres malades. Le plus grand nombre des micrographes ont vu que les globules du sang cholérique ne présentaient aucune altération appréciable; mais les chimistes ont constaté une diminution dans la quantité normale de la fibrine, de l'albumine et des sels, tandis que la matière colorante était cinq fois plus considérable. M. Andral est arrivé à des résultats un peu différents; il a établi, en effet, dans une note lue en août 1859 à l'Académie des sciences, que l'albumine se maintenait dans le sérum du sang dans sa proportion normale. Becquerel conclut à son tour de deux analyses, que dans le choléra il y a augmentation dans la proportion des globules; que le sérum, moins abondant, plus dense, contient de l'albumine, et proportionnellement plus de matière extractive, plus de sels, et surtout plus de matières grasses, dont le volume est presque triplé. La supersécrétion intestinale rend compte aussi de l'état de sécheresse plus ou moins complète dans lequel se trouvent toutes les membranes séreuses du corps, spécialement le péritoine. Leur surface, en effet, est communément poisseuse; quelquefois elle est complètement sèche, ridée, parcheminée. Le fluide céphalo-rachidien est un peu diminué; les vaisseaux cérébraux et rachidiens sont plus ou moins gorgés de sang; la pulpe est elle-même plus ou moins congestionnée. Enfin, les nerfs et leurs ganglions peuvent être injectés de sang; mais ils sont toujours exempts de toute altération de tissus, quoi qu'en ait dit Delpech.

Lorsque les cholériques succombent dans la troisième période dite de réaction, les congestions veineuses sont moins nombreuses et moins intenses; on



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'humour aqueux; 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. Rayet 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 sub-delirium ; 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 phlégmiasies, 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.