

Ces effets sont d'ailleurs d'autant plus marqués que l'injection est faite plus tôt.

Réservées d'abord aux cas presque désespérés, quand le pouls a complètement disparu, les injections ont depuis été faites dès le début de la période de collapsus.

« Il ne faut pas craindre de les employer de bonne heure, dit M. Hayem, car les chances de succès sont d'autant moins grandes que l'algidité est plus profonde et déjà ancienne. » (*Annales de médecine*, p. 372, 1892.) Les injections réussissent beaucoup mieux dans les cas à évolution rapide sans abaissement thermique central notable, que dans les cas à marche plus lente avec abaissement thermique progressif. Il faut tenir compte également, dans l'appréciation de leur efficacité, de l'âge des malades.

Au delà de cinquante ans les chances de succès sont très diminuées.

On vient de voir que les effets des injections ne sont souvent que temporaires.

Il est alors nécessaire de renouveler la transfusion plusieurs fois en vingt-quatre heures, et certains malades n'ont été sauvés qu'après cinq ou six transfusions.

On a remarqué que la combinaison des bains chauds avec les injections intra-veineuses était avantageuse, car elle permet souvent de maintenir les bons effets de la transfusion.

Pour apprécier la valeur des injections intra-veineuses, on ne peut se rapporter évidemment qu'aux statistiques, mais celles-ci n'ont qu'une valeur relative. Il en est du choléra comme de toutes les maladies infectieuses. Certaines atteintes de choléra sont bénignes et guérissent aisément; dans ces formes tous les traitements réussissent; c'est donc seulement des cas graves qu'il faut tenir compte, lorsqu'on demande à la statistique des renseignements sur la valeur d'un procédé thérapeutique; dans les statistiques relatives à la mortalité cholérique, les distinctions entre les cas traités de telle ou telle façon ne sont pas toujours indiquées. Examinons cependant s'il est possible de tirer des conclusions fermes de l'examen des divers documents publiés. Tout d'abord, si l'on compare la morbidité de la dernière épidémie à celle des épidémies précédentes, on constate que le taux de la mortalité est sensiblement inférieur à celui des épidémies précédentes; ainsi à Hambourg où l'on a compté, en 1892, près de 20 000 malades, la mortalité n'a pas atteint la moitié des cas de maladie; elle n'a été que de 45 pour 100, tandis que dans les épidémies antérieures, elle a oscillé entre 46 et 66 pour 100. A Paris, en 1892, la mortalité ne s'écarte guère du chiffre précédent; sur 1060 cas traités dans les hôpitaux, il y a eu une mortalité de 44 pour 100; dans l'épidémie de 1884, celle-ci avait été de 54 pour 100.

S'il est permis d'attribuer à l'ensemble des conditions hygiéniques de Paris, qui s'améliorent de jour en jour, la proportion relativement faible des personnes frappées du choléra, on ne saurait attribuer à la même influence la diminution du nombre des cas mortels; on est donc conduit à mettre cette diminution sur le compte d'une thérapeutique plus efficace, et il nous paraît légitime d'avancer que les traitements employés lors de la dernière épidémie ont réduit la mortalité de 10 à 15 pour 100 environ.

Si l'on examine maintenant les cas traités par les injections, on voit que les résultats obtenus par les médecins qui ont employé ces injections sont meilleurs que ceux des autres médecins.

En 1884, M. Hayem, sur 90 cholériques graves transfusés, avait obtenu 27 guérisons, soit 30 pour 100 de guérisons. En 1892, sur 251 malades traités dans son service, 91 décès se sont produits, soit 36 pour 100 de guérisons. Sur les 251 malades, 152 ont été transfusés et 61 ont guéri, soit 40 pour 100. Ces résultats sont donc supérieurs à ceux obtenus en 1884. M. Hayem attribue cette plus grande proportion de guérison des cas graves à la combinaison des bains chauds et de la transfusion relativement précoce.

M. Galliard a fait la transfusion chez 149 cholériques gravement atteints, et, sur ce nombre, 54 ont guéri; tout en étant très partisan des injections, M. Galliard croit, contrairement à M. Hayem, qu'on doit les réserver pour les cas désespérés, et qu'il faut attendre, pour les pratiquer, le collapsus algide avec suppression durable du pouls radial. Les transfusions ne sont pas tout à fait inoffensives. Même faites dans des conditions d'asepsie absolue, elles peuvent exposer à certains accidents: embolie pulmonaire, phlébite, etc.

En résumé, les injections salines intra-veineuses constituent, à l'heure actuelle, le moyen le plus efficace, le seul à vrai dire que l'on puisse employer dans la période de collapsus algide. On leur doit la guérison de malades qui auraient infailliblement succombé sans elles. Alors même qu'elles ne déterminent pas la guérison, elles permettent de prolonger la lutte pendant quelques heures et de rendre momentanément la vie à des moribonds, résultat précaire sans doute, mais qu'on ne peut dédaigner! L'accord n'est pas encore fait sur la détermination de leurs indications. Tandis que la plupart des médecins les réservent encore pour les cas désespérés, d'autres (M. Hayem) croient que leur efficacité est d'autant plus grande que l'algidité est moins prononcée, et les pratiquent dès que le pouls faiblit et que les bains ne peuvent relever la tension artérielle. La statistique paraît légitimer cette dernière opinion.

A côté des injections salines intra-veineuses, il convient de signaler celles qui sont faites par la voie cutanée, c'est-à-dire la transfusion hypodermique ou *hypodermoclyse*. Cette méthode de traitement préconisée en 1885 par Samuel de Königsberg et Michael (de Hambourg) avait été utilisée à Naples, en 1884, par Cantani qui obtint une proportion de 61 pour 100 de guérisons (114 sur 187 cas). Elle a été employée fréquemment lors de la dernière épidémie et reçu d'ailleurs de multiples applications.

On nettoie la peau avec de l'éther, puis avec une solution de sublimé, et l'on pratique l'injection soit dans la fesse, au niveau de la région rétro-trochantérienne, soit dans les cuisses ou la région interscapulaire ou sur les parties inférieures et latérales du thorax, ou au niveau de l'abdomen.

Lorsque le liquide commence à pénétrer, il se fait une distension de la peau qui augmente rapidement; cette distension n'occasionne pas de douleur, les malades éprouvent simplement une sensation de tension; on doit d'ailleurs faciliter la résorption en malaxant la peau pendant toute la durée de l'injection sous-cutanée.

Ces injections peuvent être répétées plusieurs fois par jour.

Cette méthode de traitement a donné de bons résultats aux médecins de