

seule fois la température axillaire à 35°. D'une façon générale, on observe une dissociation tout à fait caractéristique de la température.

Le malade est tourmenté par une sensation de chaleur intérieure.

Aux approches de l'agonie, on observe parfois une élévation de la température, qui peut atteindre 40 et 42°.

Laveran a donné une description tout à fait caractéristique du faciès du cholérique : « Les malades, épuisés, anéantis, restent couchés sur le dos, les membres étendus, immobiles. L'œil, enfoncé dans l'orbite par suite de l'affaissement du coussin cellulo-grasieux, n'est qu'incomplètement recouvert par les paupières, dont l'orbiculaire est paralysé (Graefe); des taches noirâtres, d'un bleu sale, apparaissent à la surface de la sclérotique, ou l'œil rougit par le développement d'une kératite. La cyanose des paupières dessine profondément le contour osseux de l'orbite; le nez est effilé; les saillies cartilagineuses apparaissent à travers la peau desséchée; les lèvres sont amincies, collées sur les dents ou entr'ouvertes, violettes, bleuâtres. Les tempes et les joues se creusent; une pâleur livide ou une teinte bistrée, noirâtre, donnent aux traits de ce tableau une apparence aussi caractérisée qu'effrayante; et lorsque, par les progrès du mal, la conjonctive congestionnée, purulente, la cornée presque desséchée comme sur un cadavre, ont fait perdre au regard toute son expression, quand cet œil flétri, enfoncé dans l'orbite, apparaît entre des paupières à demi entr'ouvertes, il est permis de dire que la mort frappe d'avance les malades de son empreinte. »

Une teinte bleuâtre s'étend des extrémités à toute la surface du corps; les ongles, la langue, les lèvres, le pourtour des yeux noircissent; les pieds, les mains et la verge se couvrent de marbrures noirâtres.

A côté de ce choléra *bleu*, qui est le plus fréquent, on a décrit un choléra *blème*. Dans cette dernière forme, le malade algide reste pâle jusqu'aux approches de la mort.

La peau se ride, à la façon de la pellicule d'un fruit gâté, suivant la comparaison de Griesinger.

Les plis faits par pincement au dos de la main ne s'effacent que difficilement ou finissent même par ne plus disparaître.

La peau, recouverte de sueur froide, devient collante comme celle d'un batracien; un véritable givre d'urée se précipite parfois, à sa surface, lorsqu'elle se dessèche.

Le pouls est rapide, affaibli, filiforme; il ne donne qu'une sensation confuse au doigt qui l'explore, et son tracé sphygmographique donne une ligne presque horizontale. L'absence de pouls comporte un pronostic des plus graves. Le pouls cesse ensuite de battre à l'humérale, à la radiale, puis aux carotides. Les capillaires se vident complètement.

Les battements du cœur deviennent de plus en plus faibles, les bruits de plus en plus éloignés, et l'on ne perçoit plus bientôt que le deuxième. Un souffle qu'on attribue à des caillots intra-cardiaques couvre parfois ce second bruit.

L'affaiblissement du muscle cardiaque et l'épaississement du sang amènent la stase veineuse, en même temps que la déplétion du système artériel.

Lorain et J. Besnier ont insisté sur un symptôme en apparence paradoxal, ils ont constaté parfois que le pouls était presque nul, lorsque le cœur battait encore avec force. Dans ce cas, les mouvements du cœur sont sans effet, parce qu'il se contracte à vide, ses cavités n'étant plus chargées de sang.

Le sang chez les cholériques est poisseux, épais et noir. C'est un fait qui a été établi, dès 1850, par Herman (de Moscou).

Les recherches d'O'Shaugnessy ont établi plus tard que le sang perdait pendant l'attaque une partie de son eau et de ses sels.

En 1884, M. Hayem a essayé, à l'aide de la numération des globules, de préciser jusqu'à quel point se produisait cet épaississement.

Pendant l'algidité asphyxique le nombre des globules rouges est toujours notablement augmenté; il varie entre 6 200 000 et 6 500 000, soit une augmentation de 1 500 000 (Hayem).

La masse totale du sang est diminuée de 1 kilogr. 150 en moyenne; elle est réduite environ aux trois quarts.

Le sang subit encore de grandes altérations chimiques. Le sérum est tantôt neutre, tantôt acide (Roux), mais jamais franchement alcalin (Hayem).

O'Shaugnessy a montré que l'urée était augmentée de quantité dans le sang. Pouchet y a signalé la présence d'acides biliaires.

Des principes chimiques d'origines très diverses doivent encore se rencontrer dans le sang.

Les globules rouges sont altérés et l'on observe une grande quantité de globules nains. M. Hayem a démontré que la viscosité exagérée des globules rouges est le résultat de l'épaississement du plasma.

Les globules blancs sont très augmentés de nombre.

Les fonctions des globules rouges sont amoindries. Lorsqu'on agite à l'air du sang de cholérique défibriné, il rougit moins bien que le sang normal.

Au spectroscope, on n'observe pas d'altération chimique de l'hémoglobine et les bandes de l'oxyhémoglobine sont normales.

Les analyses de gaz faites par MM. Hayem et Winter leur ont montré que la capacité respiratoire du sang est habituellement diminuée et parfois d'une manière considérable. Roger avait déjà noté autrefois que le sang veineux ne se colorait pas en rouge vermeil, comme le sang veineux normal, au contact de l'air. La teneur du sang en acide carbonique est tantôt exagérée, tantôt et le plus souvent très faible.

« Le globule rouge éprouve, sans qu'on puisse en préciser la cause, une sorte de paralysie fonctionnelle; il devient moins propre à l'hématose et à l'entretien de la respiration des tissus. »

Une autre cause de l'adulteration du sang est due à la pénétration des substances toxiques sécrétées par le microbe du choléra.

L'anurie est un des symptômes cardinaux de la période algide; elle dure pendant toute la période algide jusqu'à la mort; elle ne manque pour ainsi dire jamais. La réapparition des urines est un signe d'amélioration.

La voix est affaiblie dès le début de l'attaque, et l'aphonie est le plus souvent complète durant la période algide.

Le cholérique algide est en proie à une dyspnée d'autant plus intense que le cas est plus grave. L'angoisse respiratoire peut être portée à l'extrême.

Le malade éprouve une sensation de barre sur la poitrine. L'inspiration est prolongée, et la respiration entrecoupée souvent de profonds soupirs.

La fréquence respiratoire peut être telle que l'on peut parfois compter 40 à 45 respirations par minute, et cependant à l'auscultation la poitrine est vierge de tout râle.

L'haleine des cholériques algides est froide.

L'absorption à la période algide ne se fait plus ni par la muqueuse digestive, ni par la peau, ni par le tissu cellulaire sous-cutané.

Les boissons, les aliments et même les médicaments les plus violents ingérés à dose toxique ne sont ni absorbés ni modifiés dans le tube digestif. On ne peut déceler dans l'urine de trace d'iodure de potassium ingéré.

Pour Vigla, l'alcool serait pourtant absorbé. Le malade, comme l'a dit Lorain, n'est plus qu'une sorte de filtre ou d'entonnoir traversé par les liquides.

Le curare (Isambert), le sulfate de quinine (Gubler), l'atropine (Lailler), la belladone injectés sous la peau ne sont pas absorbés.

L'aspect du cholérique algide fait croire à un amaigrissement considérable. Cependant, comme l'a montré Lorain, le poids des cholériques algides augmente souvent, parce qu'ils sont polydipsiques et boivent plus qu'ils n'excrètent. Parfois la variation de poids est nulle parce que le poids des liquides ingérés et excrétés se compense; parfois enfin, mais plus rarement, le poids diminue réellement. C'est pendant la période de réaction qu'en général le cholérique maigrit.

Presque toutes les sécrétions sont taries dans la période algide. La sécrétion biliaire devient presque nulle, comme le témoigne la décoloration des selles. La sécrétion lacrymale, la sécrétion sébacée et même la sécrétion de la lymphe (Magendie) cessent complètement.

Certains auteurs, tels qu'Otto, ont toujours vu les règles se supprimer pendant la période d'algidité; d'autres auteurs, tels que Briquet et Mignot, les ont vues persister au contraire dans la majorité des cas observés par eux.

A la fin de la période algide, les malades sont plongés dans une apathie extrême, n'ayant pas conscience de la gravité de leur état, tournant lentement les yeux vers la personne qui leur parle, répondant parfois quelques mots, puis retombant dans leur immobilité. Cette période de collapsus est quelquefois précédée par une période d'agitation pendant laquelle les malades cherchent à se lever, à sortir de leur lit et prononcent des mots sans suite.

Les différents réflexes s'éteignent en général.

D'après Coste<sup>(1)</sup>, la conservation de la mobilité des pupilles serait un signe de bon augure; leur immobilité serait, au contraire, un signe de mort prochaine. Gaillard<sup>(2)</sup> a trouvé souvent en défaut les faits avancés par Coste et il a de plus trouvé que l'état du réflexe rotulien était sans importance.

Les phénomènes de collapsus s'accroissent, les sens s'obscurcissent, la somnolence augmente, la cyanose répand sa teinte violacée sur toute la surface de la peau, les yeux se convulsent en haut, la cornée s'affaisse; enfin la mort arrive après une durée qui peut varier de quelques heures à 2 ou 3 jours.

**Période de réaction.** — L'algidité a une terminaison fatale dans un grand nombre de cas. Lorsque la mort ne survient pas, on voit survenir des symptômes d'amélioration qui peuvent conduire le malade au rétablissement définitif; mais des accidents peuvent encore survenir et occasionner la mort. C'est la période de réaction qui entre en scène avec ses modalités cliniques si variées et si imprévues que sa description ne peut tenir dans un cadre unique.

Nous décrirons donc d'abord la *réaction régulière* qui mène le cholérique d'emblée à la guérison et ensuite la *réaction irrégulière* troublée soit par des

<sup>(1)</sup> COSTE, *Académie de Médecine*, 1884.

<sup>(2)</sup> GAILLARD, *Le choléra* (Bibliothèque Charcot et Debove).

*accidents généraux*, soit par des *accidents locaux* qui peuvent trop souvent amener la mort.

**Réaction régulière.** — Elle est en général apyrétique; elle peut quelquefois se faire avec fièvre, bien que la température soit plutôt l'apanage de la réaction irrégulière.

On assiste au rétablissement des diverses fonctions. La *cyanose* disparaît, la peau se réchauffe et se recouvre d'une sueur abondante, la *température* des différentes régions se régularise et revient à la normale. Le *pouls* reprend de la force et gagne en amplitude ce qu'il perd en fréquence. Les battements du cœur retrouvent leur énergie et leur régularité. La *respiration* se régularise, les *crampes* diminuent, l'*aphonie* disparaît. Les *vomissements* s'arrêtent; les *selles* diminuent de fréquence et se colorent. L'appétit reparaît insatiable, tandis que la soif se calme.

L'absorption par la muqueuse digestive, qui avait été supprimée pendant la période algide, se fait comme à l'état normal pendant la réaction. On a pu voir dans certains cas apparaître des phénomènes toxiques dus à des médicaments absorbés pendant la période algide et restés sans effet à cette époque.

Lorain a constaté que le cholérique perdait souvent de son poids au début de la réaction.

Le *syndrome urinaire* pendant la réaction mérite d'attirer toute notre attention. C'est le phénomène important, cardinal, de cette période.

L'urine réapparaît du deuxième au huitième jour, plus souvent du troisième au sixième (statistique de Lorain).

La première miction est trouble, peu abondante, très albumineuse, pauvre en urée et en chlorure de sodium.

La polyurie s'installe dès la deuxième miction. Cette polyurie est passagère, en ce sens qu'elle ne dure pas plus de 15 jours. Par exception, Lorain l'a vue s'installer, jusqu'au trentième jour; par contre, chez un autre malade, il ne l'a vue durer que pendant un jour.

La polyurie cholérique amène une véritable décharge d'urée. Pendant cette crise urinaire, le malade rend en moyenne 70 à 80 grammes d'urée par jour. D'après Parkes, la réaction se ferait d'autant mieux que le taux de l'urée serait plus élevé.

La quantité de chlorures, d'acide urique, d'acide phosphorique, de sels biliaires éliminés s'élève avec la polyurie. D'après Parkes, le taux d'acide phosphorique éliminé serait de 6 à 9 grammes du troisième au sixième jour.

On retrouve encore dans l'urine des cylindres rénaux, des globules de sang, des cellules épithéliales vésicales desquamées.

L'albuminurie serait constante pour de nombreux auteurs, tels que Buhl et Pfeiffer; d'autres, tels que Busch, Begbie, l'ont vue manquer. L'albuminurie est, en tout cas, un symptôme fréquent et qui mérite d'être étudié.

L'albuminurie persiste en général pendant 2 à 5 jours, rarement plus. Gubler la croyait due à la néphrite. Virchow, Rosenstein, Griesinger, Jaccoud, la considéraient comme un simple phénomène mécanique; elle serait due à la chasse faite par l'urine des produits de transsudation accumulés dans les tubuli.

La glycosurie a été considérée par Gubler comme un phénomène fréquent et important de la période de réaction; elle surviendrait surtout au moment de la disparition de l'albuminurie.

Cette glycosurie est, en tout cas, toujours légère et de courte durée. Lorain croit que Gubler l'a trouvée trop fréquemment, peut-être parce qu'il faisait usage de la liqueur cupro-potassique.

**Réaction fébrile.** — Parfois le rétablissement des fonctions dépasse le type normal. Le pouls, la chaleur, la circulation, la respiration, s'élèvent au delà des limites régulières; la température peut atteindre 59°,5 et le pouls bat 100 à 120 pulsations à la minute. Il y a donc un véritable état fébrile qui peut durer 2 jours, pour faire place à l'état normal.

**Réaction irrégulière.** — La réaction peut être irrégulière par insuffisance; elle est dite alors abortive. Elle peut être encore irrégulière parce qu'elle se complique de symptômes plus ou moins graves prédominant sur tel ou tel appareil, avec phénomènes typhoïdes. C'est la réaction typhoïde.

**Réaction abortive.** — Elle s'observe surtout chez les gens âgés et affaiblis. Elle est caractérisée par des alternances de progrès vers l'amélioration et de retour à la période algide. L'anurie persiste, les extrémités restent froides, tandis que le pouls se relève et que le tronc devient brûlant. Il y a une sorte de dissociation entre l'état de la température et celui de la circulation. Le malade garde son aspect de la période algide et la respiration ne s'améliore pas sensiblement.

La mort est fréquente dans cette forme de réaction. Le malade peut mourir dans une attaque de collapsus subit ou bien il peut être pris de phénomènes typhoïdes.

**Réaction à forme typhoïde.** — On a décrit une forme cérébrale et une forme gastro-intestinale.

Dans la forme *cérébrale*, Oddo<sup>(1)</sup> décrit une variété comateuse et une variété ataxo-adyamique.

Le malade se plaint d'une céphalalgie souvent atroce; il est en proie à de l'insomnie et du délire. Les pupilles sont resserrées; l'œil est rutilant et entr'ouvert. Le patient entre parfois dans un sommeil profond, sa poitrine est soulevée par une respiration longue et stertoreuse et il peut s'éteindre dans le coma, en cinq ou six jours, en moyenne; c'est là la variété comateuse. Lorsque la guérison doit survenir, les phénomènes s'apaisent après 24 ou 48 heures.

Dans la variété ataxo-adyamique, l'œil est convulsé, les mâchoires sont contractées, la tête est renversée en arrière, les membres sont agités par des contractions brusques, partielles, irrégulières; il y a de la carphologie et des soubresauts des tendons. Le pouls est fort, bondissant, la respiration est gênée; la langue est sèche; les vomissements et la diarrhée persistent; les urines ne sont pas excrétées.

Le pronostic est grave et lorsque le malade meurt, il s'éteint encore le plus souvent dans le coma.

La forme *gastro-intestinale* est la plus fréquente.

La langue est fuligineuse, comme celle des typhiques, les vomissements sont abondants, la diarrhée est fréquente et souvent sanguinolente, la peau est sèche,

(1) ORDO, Étude clinique sur la période de réaction du choléra. Thèse de Paris, 1886.

le pouls est petit, la température reste normale et la mort survient du cinquième au onzième jour dans la prostration.

**Complications. — Pneumonie et Broncho-pneumonie.** — Elles s'observent parfois dans la période algide, mais elles sont surtout des complications de la réaction. La broncho-pneumonie<sup>(1)</sup> est plus fréquente que la pneumonie. Leur fréquence varie suivant les statistiques; elles sont souvent des surprises d'autopsie.

Les malades ne toussent pas, n'expectorent que rarement, et la douleur manque le plus souvent. La percussion et l'auscultation seules peuvent dépister la lésion, qui en général n'occasionne même pas de fièvre. La marche est très rapide, et la terminaison se fait souvent par suppuration ou gangrène.

D'autres complications peuvent frapper l'appareil respiratoire, telles la diphtérie laryngée, la bronchite, la congestion ou la gangrène pulmonaire, l'emphysème du poumon qui par rupture de quelques alvéoles peut amener l'emphysème sous-cutané et l'emphysème du médiastin (Fraentzel, Galliard).

**Gangrènes.** — On a signalé pendant le stade algide quelques cas de gangrène localisés au nez, aux oreilles ou aux lèvres.

Les gangrènes viscérales portant sur le poumon ou l'intestin ne sont guère que des trouvailles d'autopsie.

La gangrène des extrémités est due à l'oblitération artérielle consécutive le plus souvent à la thrombose. Martin Durr<sup>(2)</sup>, dans un travail récent, a pu en recueillir treize cas terminés onze fois par la mort.

**Éruptions cutanées.** — Les exanthèmes cholériques ont été décrits pour la première fois par Duplay en 1852. Ils sont essentiellement polymorphes et revêtent l'aspect de l'érythème, de l'urticaire, de la miliaire, du zona, de la roséole, de la rougeole, de la scarlatine. Leur siège de prédilection est l'avant-bras et le poignet; ils évoluent, en général, sans fièvre, sans phénomènes généraux, et se terminent le plus souvent par une légère desquamation.

Ces exanthèmes apparaissent à une époque variable. Gaillard dit qu'on les observe environ une fois sur 20 cas et ajoute qu'ils ne comportent aucune signification pronostique.

**Suppurations.** — Les furoncles et l'ecthyma ont été souvent signalés. La conjonctivite est très fréquente; l'otite a été observée par Gaillard dans un assez grand nombre de cas. La parotidite est relativement rare et s'observe au cours de réactions lentes à forme typhoïde. Son pronostic n'est pas fatalement mortel.

**Ictère.** — L'ictère est un symptôme rare signalé pour la première fois par Michel Lévy, en 1849. Jules Besnier, Jaubert et Gubler en ont rapporté des observations. Marrotte l'a observé 1 fois sur 100, Duflocq 2 fois sur 215, Galliard l'a observé 7 fois.

L'ictère apparaît le plus souvent comme épiphénomène sans importance; parfois c'est le tableau de l'ictère grave qui se déroule.

Dans un cas, Oddo a trouvé à l'autopsie de la dégénérescence graisseuse;

(1) DUBREUILH, De la broncho-pneumonie cholérique. Thèse de Paris, 1885.

(2) MARTIN DURR, *Revue de Médecine*, 1895.

dans un autre cas, Gaillard a constaté de l'angiocholite et de la cholécystite suppurées.

**Formes cliniques.** — La forme clinique présentée par la maladie peut varier suivant l'intensité de l'attaque.

Le choléra abortif doit nous arrêter tout d'abord.

**Choléra abortif.** — La forme abortive doit préoccuper d'autant plus le clinicien et surtout l'hygiéniste, que ses caractères sont ceux d'une simple diarrhée durant cinq à sept jours. Seul l'examen bactériologique des selles permet d'en affirmer la nature cholérique. La déduction prophylactique s'impose : *En temps d'épidémie, tenir toute diarrhée pour suspecte et pratiquer la désinfection.* (Thoinot.)

L'intoxication peut être plus intense et se manifester par une diarrhée plus abondante, par des vomissements, de la céphalalgie, de la faiblesse du pouls et par une esquisse d'algidité. C'est à ce type déjà mieux caractérisé que convient le nom de cholérine.

Il en est donc du choléra comme de la fièvre typhoïde, qui elle aussi offre des types dégradés représentés par la thyphoïdette et le *typhus ambulatorius*.

**Choléra caractérisé.** — Griesinger en a décrit trois types : le type *léger*, le type *grave* caractérisé d'abord par l'algidité et ensuite par la réaction thyphoïde, le type *foudroyant* qui peut tuer en quelques heures.

A Jessore, en 1817, on a vu des hommes pleins de santé tomber étourdis dans la rue et succomber quelques moments après. Dans nos pays, le choléra foudroyant évolue en un temps variant de 3 à 24 heures.

Gaillard divise le choléra, suivant son évolution, en choléra foudroyant, choléra galopant, choléra lent.

La classification de Romberg est une des meilleures au point de vue clinique. Cet auteur admet deux types : le choléra *entérique* avec prédominance de symptômes digestifs, le choléra *asphyxique* dans lequel l'algidité et la cyanose prédominent.

Une mention doit être faite au choléra *sec*. C'est une forme rare. Le malade meurt avec tous les symptômes du choléra sans avoir jamais présenté de diarrhée. Le liquide diarrhéique séjourne dans le tube digestif, sans être évacué, retenu sans doute par la paralysie de l'intestin. Ces cas sont presque toujours mortels.

**Choléra associé.** — Le choléra sévit avec prédilection sur les débilités et les malades. Souvent les symptômes de la maladie première s'atténuent ou sont suspendus pendant l'attaque du choléra. Par contre, après l'attaque, l'affection primitive reçoit comme un coup de fouet, ses symptômes s'exaspèrent et l'état du malade s'aggrave. C'est ce que l'on observe pour la tuberculose, pour la pneumonie, le paludisme, la fièvre typhoïde.

Le choléra survenant chez les cachectiques, les cardiaques, les brightiques, les cirrhotiques, est toujours grave. L'attaque cholérique, comme l'a dit Griesinger, ne pardonne guère à ceux qu'elle surprend déjà malades.

Diverses infections, telles que l'érysipèle, la diphtérie, la fièvre typhoïde, peuvent survenir à titre secondaire pendant la période de réaction. Gaillard et Girode ont rapporté des cas de fièvre typhoïde et de choléra associés.

**Le choléra chez les femmes enceintes et chez les nourrices.** — Tous les

auteurs sont d'accord sur la haute gravité du choléra survenant chez les femmes enceintes.

Thoinot, compulsant les chiffres fournis par de nombreuses statistiques, trouve que la mortalité pour la femme enceinte est de 62 pour 100, et que le nombre des avortements ou des accouchements prématurés est de 51 pour 100 environ. La mortalité chez les femmes ayant avorté est de 50 pour 100, tandis qu'elle est de 67 pour 100 chez les femmes n'ayant pas avorté. Le choléra tue donc plus souvent encore les femmes qui n'avortent pas que celles chez qui il détermine l'expulsion du fœtus.

C'est pendant la période de réaction que se fait l'expulsion du fœtus (Lorrain). La mort du fœtus précède toujours celle de la mère.

L'expulsion est-elle due à un véritable choléra bacillaire du fœtus ou à un empoisonnement par les toxines que charrie le sang maternel? Rosario prétend avoir trouvé des lésions cholériques dans l'intestin du fœtus, mais presque tous les anatomo-pathologistes qui se sont occupés de la question nient avoir constaté ces altérations. Simmonds (de Hambourg) n'a jamais trouvé le bacille-virgule dans le contenu intestinal du fœtus. Le mécanisme de l'avortement dans le choléra appelle donc encore de nouvelles recherches.

Chez les nourrices, le choléra n'est pas aussi grave que chez les femmes enceintes. Gaillard a observé six guérisons sur dix cas. Suivant les cas, les seins tarissent ou sont gorgés de lait.

**Le choléra chez les enfants et chez les vieillards.** — Chez les enfants, l'évolution est rapide, et le petit malade tombe vite dans le coma et l'algidité.

Chez les vieillards, le choléra est particulièrement grave en raison de leur tendance naturelle à l'adynamie et de leur difficulté à faire la réaction. La marche est souvent foudroyante, et la guérison, lorsqu'elle survient, est toujours lente et retardée par des complications diverses.

**Le choléra suivant les épidémies.** — La physionomie de la maladie et la prédominance de certains phénomènes peuvent varier d'une épidémie à l'autre.

Nous avons vu que les vibrions recueillis chez les malades présentent certains caractères spéciaux suivant qu'ils proviennent de telle ou telle épidémie. Peut-être faut-il chercher là le secret du génie épidémique dont la cause préoccupe depuis si longtemps les médecins.

**Convalescence.** — La convalescence est en général facile. L'appétit et la soif sont insatiables et la réparation se fait très rapidement.

Parfois cependant la convalescence est longue et se complique de dyspepsie, de diarrhée rebelle, de paralysies et de troubles de l'intelligence.

On a, par exception, observé des rechutes. Le rétablissement des règles n'a lieu, en général, que plusieurs mois après la cessation de la maladie.

Beaucoup de malades restent anémiques; quelques-uns continuent à souffrir encore de crampes, pendant la convalescence.

Les convalescents cholériques présentent encore une disposition remarquable aux complications purulentes et gangreneuses. Gubler rattachait la furonculose et les phlegmons gangreneux au diabète glycosurique particulier au choléra. Nous ne voyons là aujourd'hui que des infections secondaires à porte d'entrée intestinale.