

ou pas rouge. Le gonflement descend en arrière de l'angle et se perd progressivement sur les parties latérales du larynx.

Dans certains cas, le pharynx et la muqueuse buccale sont rouges, les amygdales tuméfiées. Les mouvements de la tête, de même que la déglutition, ne deviennent difficiles que si le gonflement est considérable; dans les cas légers, ces fonctions restent intactes. Les douleurs dans les oreilles ne sont pas rares. Le gonflement persiste ordinairement pendant trois ou quatre jours, puis disparaît progressivement quelquefois dans l'espace de 8 à 14 jours.

Pendant toute la durée de l'affection, la fièvre reste modérée, de sorte que les enfants qui se sentent bien, ne veulent pas garder le lit. On observe rarement des températures de 39 à 40°.

La guérison est la règle. Les cas de mort sont très rares. Ainsi Michalski rapporte un cas de mort par convulsions, chez un garçon de 7 ans. Je n'ai observé qu'un cas de suppuration dans la parotidite épidémique. La tumeur devint très douloureuse, tendue, la muqueuse des joues luisante, rouge, fortement tendue, il fallut faire des incisions multiples pour évacuer le pus. L'évolution ultérieure fut favorable.

Parmi les complications il faut signaler d'abord l'orchite qui se manifeste par un gonflement du testicule. Cette complication se rencontre principalement chez les adultes; Hommes, Femmes ont signalé chacun une observation d'orchite chez un enfant; je n'ai pas encore rencontré cette complication.

Baas et Burnett ont signalé après la parotidite, des parésies de l'accommodation et du ptosis. Joffroy a observé dans les mêmes conditions de la paralysie vésicale. Dans un cas, j'ai vu de l'albuminurie; peut-être même la mort a-t-elle été produite dans le cas de Michalsky par l'urémie. Parmi les complications sérieuses il faut encore noter les affections des oreilles décrites par Gruber, Moos, Pierce, Menière (1). La pathogénie des complications auriculaires qui peuvent se terminer par la surdité complète et rendre les enfants sourds-muets, est variable: il peut en effet s'agir aussi bien d'une lésion infectieuse du labyrinthe que d'une affection de l'oreille moyenne pro-

(1) La liste des complications de la fièvre ourlienne est longue. Il s'agit évidemment là d'une infection générale dont les localisations sont multiples et variées, mais celles-ci sont plus fréquentes chez l'adulte que chez l'enfant. On observe cependant chez ce dernier, l'orchite, l'albuminurie. (L. G.)

pagée de la parotidite elle-même. Menière croit même qu'il peut y avoir lésion centrale du nerf auditif. Quoi qu'il en soit, ces complications doivent attirer toute l'attention du médecin.

Diagnostic. — La localisation particulière de la tumeur permet de faire facilement le diagnostic. Pour éviter les erreurs on ne se contentera pas seulement d'inspecter le pharynx, mais on l'explorera avec le doigt, pour voir s'il n'existe pas de phlegmon ou d'abcès rétro-pharyngien, qui avec le gonflement du tissu cellulaire sous-cutané et de la région sous-maxillaire, peuvent simuler une parotidite, et qui d'ailleurs peuvent naître d'une lésion de l'oreille.

Pronostic. — Il est en général bénin. Les affections auriculaires mentionnées plus haut sont exceptionnelles. Il en est de même d'autres complications et de la suppuration, cette dernière ne devenant grave que si elle se complique d'érysipèle ou de fusées purulentes.

Traitement. — Il n'a pas d'importance. Les frictions avec de l'huile de jusquiame et l'application d'un gâteau d'ouate sur la région suffisent généralement. L'affection est tellement bénigne qu'il n'est même pas nécessaire ordinairement d'isoler les malades. En cas de suppuration, l'abcès sera traité antiseptiquement d'après les règles de la chirurgie générale. Les complications auriculaires avec accidents inflammatoires seront traitées de façon appropriée.

6. — Choléra épidémique (asiatique).

Le choléra épidémique est une maladie contagieuse qui vient des Indes. Elle n'épargne aucun âge. Depuis sa première apparition en Europe, en 1831, le choléra est revenu plusieurs fois d'une façon périodique. J'ai pu l'observer dans deux grandes épidémies à Berlin (en 1866 et en 1873).

Étiologie et anatomie pathologique. — Le virus du choléra, comme l'a démontré Koch, est un micro-organisme connu sous le nom de *bacille virgule* à cause de sa forme incurvée. Cultivé d'après les méthodes de Koch, ce bacille se développe très rapidement sur la gélatine, le bouillon, le lait, l'agar-agar; la température de 30 à 40° est

la plus favorable à son développement ; à 16° les cultures ne se développent plus. Le froid ne détruit pas le bacille d'une façon définitive ; par contre, les cultures ne résistent que peu de temps à une dessiccation intense ; la privation de l'oxygène de l'air les tue sûrement. Le bacille se développe dans l'eau. Il s'attache aux linges humides, aux vêtements, sur lesquels il pousse rapidement et abondamment.

Après plusieurs tentatives infructueuses, Koch est arrivé à provoquer l'infection chez les animaux en alcalinisant préalablement le suc gastrique et en arrêtant les mouvements péristaltiques de l'intestin à l'aide d'injections d'opium. Plus tard, Tizzoni, Cattani et autres, ont réussi également. Il faut dire que tous ces faits signalés par Koch, quelque discutés qu'ils aient été au début, ont été finalement confirmés par la plupart des observateurs (van Ermengem, Nicati et Rietsch, Doyen et autres). Actuellement, on ne peut plus douter que le bacille décrit par Koch ne soit le seul et véritable virus du choléra.

La recherche du bacille et son diagnostic sont devenus bien plus faciles depuis que Pöhl, Bujwid et Dunham ont démontré que ses cultures se colorent en rose violet en présence de l'acide sulfurique ou de l'acide chlorhydrique. Salkowski a prouvé que cette réaction n'est autre que celle de l'indol, les produits de la culture des bacilles du choléra étant l'acide azotique et l'indol. La façon dont ces micro-organismes agissent est encore très discutée aujourd'hui. V. Pettenkoffer ne peut pas admettre que la maladie puisse naître et se propager épidémiquement par la transmission directe des micro-organismes d'un individu à l'autre ou par le transport indirect à l'aide de pièces de vêtement, d'eau ou d'aliments infectés. Pour que le bacille puisse exercer son action nuisible, il faut, d'après cet auteur, qu'il existe une disposition temporaire spéciale de régions et de populations entières ou d'individus isolés. Aussi v. Pettenkoffer admet, outre le bacille, l'existence d'une forme durable qui se développe dans certaines conditions favorables.

Depuis la découverte du bacille virgule, Virchow a chaudement soutenu les opinions de Koch. D'après Koch l'action nocive du bacille sur l'organisme s'expliquerait par la production d'un poison spécifique violent qui paralyse les organes de la circulation, hypothèse qui, par les recherches de Nicati et Rietsch, Poncet et Brieger

a acquis un haut degré de vraisemblance. Brieger a trouvé dans les produits du bacille du choléra, à côté des produits de putréfaction communs, deux substances toxiques spécifiques auxquelles il attribue l'action maligne du bacille. Koch a trouvé son bacille seulement dans l'intestin des cholériques, mais pas dans les autres organes ; cependant on a signalé l'existence du bacille dans le sang et le sérum sanguin de même que dans les leucocytes et le liquide sous-arachnoïdien (Tizzoni et Cattani).

Koch soutient qu'une première atteinte crée une immunité ultérieure, bien que peu marquée, et il essaye d'expliquer ainsi l'extinction des épidémies. Pendant une épidémie, tout ce qui trouble la sécrétion du suc gastrique normal, indigestions, abattement physique ou moral, crée une forte prédisposition individuelle pour le choléra. La prédisposition des enfants est très grande, ce qui s'explique facilement par la fréquence des affections intestinales pendant l'été. Le sexe ne joue aucun rôle dans l'étiologie chez l'enfant. Si l'on juge d'après les expériences qui ont été faites avec les cultures du bacille, la durée de l'incubation serait moins longue qu'on ne le supposait autrefois ; d'après Koch, 24 heures après l'ensemencement on trouve déjà un développement assez riche des cultures ; les expériences sur des animaux confirment également la courte durée de l'incubation.

Les modifications les plus importantes se trouvent dans le canal intestinal. Les papilles caliciformes de la racine de la langue sont épaissies. La muqueuse de l'estomac et de l'intestin est gonflée, peu transparente, les follicules isolés et les plaques de Peyer sont plus proéminents, la muqueuse est elle-même colorée en rose foncé. Telles sont les modifications de l'intestin lorsque les lésions n'ont pas atteint un haut degré.

Dans d'autres cas on trouve la portion inférieure de l'intestin grêle, surtout au niveau de la valvule iléo-cæcale, colorée en rouge brun foncé, la muqueuse couverte d'hémorragies superficielles, quelquefois atteinte de nécrose et tapissée de productions diphtéritiques, les lésions allant toujours en diminuant de bas en haut. Tandis que dans le premier cas, avec des lésions peu prononcées, le contenu intestinal ressemble à de l'eau de riz ou à une décoction d'amidon, on le trouve sanguinolent, fluide, dans les cas graves. Entre ces cas extrêmes il existe des intermédiaires dans lesquels la rougeur de l'intestin est

moins intense ou n'existe que par places ; dans d'autres cas encore, les bords des follicules et des plaques de Peyer sont colorés en rouge, et cet aspect est très caractéristique de la durée du choléra. Ce tableau est emprunté presque littéralement à la description de Koch.

Au microscope, Koch a trouvé son bacille sur le liséré rouge des plaques, et, en contact avec la rougeur, dans les plaques elles-mêmes, ainsi que dans les glandes de Lieberkühn où le micro-organisme était situé entre les cellules épithéliales et la membrane basale. Dans le contenu intestinal le bacille se trouvait en quantité énorme, quelquefois presque à l'état de cultures pures.

A côté de ces lésions, les autres viscères présentent les modifications suivantes : aspect particulièrement lisse et comme onctueux de la surface des *poumons* et de la *plèvre* costale; *ecchymoses sous-péricardiques* et *sous-pleurales* ; hyperhémie des *reins* surtout au niveau de la substance médullaire avec état trouble et gonflement léger de la substance corticale, état trouble du *parenchyme hépatique*. La *rate* est généralement petite. Sur les cadavres des individus morts dans un état typhoïde, on trouve des foyers de pneumonie catarrhale, une néphrite parenchymateuse et interstitielle, de la parotidite. Le *canal intestinal*, l'intestin grêle aussi bien que le côlon et le rectum présentent souvent des hémorragies et des nécroses diphtéritiques qui s'étendent sous forme de bandes le long du canal intestinal.

J'ai observé plusieurs fois la diphtérie du pharynx, de la vulve et du vagin.

Le sang des individus morts de choléra est d'un rouge foncé allant jusqu'au noir, il est épais, et présente une diminution dans la proportion de l'eau allant de 10 à 13 0/0 ; le sérum sanguin est plus riche en albumine et en sels, et contient des sels de potasse et des phosphates enlevés aux globules du sang, de sorte que ces derniers sont d'autant plus pauvres que le sérum est plus riche. La quantité d'*urée* contenue dans le sang est augmentée (Kühne).

Symptômes et marche. — La maladie débute ordinairement par la *diarrhée*. L'appétit un peu diminué, la langue légèrement chargée, sans abattement marqué, et presque sans modifications de l'aspect, l'enfant est pris d'une diarrhée abondante avec une, deux, trois, six selles, le jour et parfois autant la nuit, selles copieuses, brun jaunâtre, fétides, d'odeur cadavérique. Déjà on peut trouver le bacille de

Koch. Il n'y a pas de coliques, du moins les enfants ne s'en plaignent pas ; les petits malades paraissent un peu pâles, mais ils ont toute leur vivacité.

Subitement cette diarrhée prémonitoire se complique de *vomissements* et rapidement alors le malade commence à dépérir. La pâleur s'accroît ; les yeux s'excellent et s'entourent d'un cercle foncé, le ventre est flasque, aplati ou un peu ballonné ; les extrémités commencent à se refroidir. Les vomissements et les selles diarrhéiques se répètent coup sur coup. Les selles se décolorent de plus en plus et prennent l'aspect d'eau de riz. Le nez s'effile, les fontanelles s'affaissent, les yeux s'excellent, la figure devient cyanosée, livide, le bout du nez et la langue sont froids, les extrémités glacées comme la peau de grenouille, seul le ventre reste chaud, quelquefois brûlant. Les téguments présentent une coloration cyanotique et lorsqu'on les touche, on trouve la peau couverte d'une sueur froide et visqueuse, et répandant une odeur fade tout à fait particulière ; le pli qu'on fait à la peau, ne s'efface pas et persiste plusieurs minutes.

La *voix* est quelquefois complètement abolie et les petits malades demandent à boire en poussant quelques sons éteints et en tirant la langue. La soif est brûlante, inextinguible et les petits malades arrachent avec avidité le verre des mains de la garde. Le *pouls* disparaît, l'impulsion cardiaque est à peine perceptible, le deuxième bruit ne s'entend plus ni à la pointe, ni à l'aorte ; le premier est voilé. La *respiration* est profonde, difficile ; les enfants n'urinent pas et si on les sonde on trouve la vessie vide. Le *sensorium* est intact, mais les enfants restent apathiques. Par moments, le visage se contracte douloureusement quand les muscles du ventre et des extrémités sont pris de contractures douloureuses. Les forces diminuent de plus en plus, les sens s'obnubilent et la cyanose, le refroidissement général, la perte de connaissance justifient suffisamment le nom de *stade asphyxique*. Les vomissements et la diarrhée diminuent, le ventre se ballonne, la peau de l'abdomen est chaude, contrairement au reste du corps ; les yeux sont excavés, les veines de la conjonctive bulbaire fortement injectées, les paupières fermées ne recouvrent qu'à moitié les bulbes oculaires, les malades tombent dans un assoupissement tel que la mort survient souvent sans qu'on la remarque.

Telle est la marche quand la mort survient pendant la première atta-

que. Heureusement la maladie ne se termine pas toujours par la mort. Après la cessation de la diarrhée et particulièrement des vomissements, les enfants encore dans le stade asphyxique, très abattus, s'endorment. Le pouls radial revient peu à peu, l'ondée sanguine est encore très faible, mais on recommence cependant à la sentir. La peau devient plus chaude, reprend un peu d'élasticité, la cyanose disparaît. La chaleur reparaît dans les pieds et les mains, la figure perd sa teinte cyanotique, commence à se congestionner et à devenir rouge. La soif diminue et les enfants commencent à uriner. Les urines sont rares, épaisses, denses, riches en albumine et contiennent des éléments anatomiques. Le malade se trouve alors dans le stade de *réaction normale*. Mais toutes les fonctions ne redeviennent tout à fait normales que progressivement.

Dans beaucoup de cas on observe des oscillations dans l'état des petits malades : on espère que la réaction salutaire va se déclarer parce que le refroidissement des extrémités disparaît, que le pouls s'élève et que le visage s'anime, mais au bout de quelque temps le cœur faiblit et les enfants meurent asphyxiés.

Dans d'autres cas encore, après plusieurs hésitations, la réaction se manifeste d'une façon bruyante. La figure se congestionne vivement, le cœur bat avec énergie, la peau est chaude, les enfants se mettent à transpirer et, avec le retour de la sécrétion urinaire et des selles brunâtres, ils entrent franchement en convalescence. Cependant le retour à l'état normal par la simple réaction est rare, et le plus souvent les malades passent par la période de *choléra typhoïde*. Les enfants restent en état de somnolence, les yeux à moitié fermés, la bouche ouverte. Les paupières sont couvertes d'un mucus purulent, les lèvres sèches, la langue chargée, humide, rouge sur les bords. La peau est chaude, moite, parfois couverte de miliaire ou d'un exanthème cholérique caractéristique, l'abdomen ballonné. Les urines sont rares, troubles, d'une densité élevée, riche en albumine. Quelquefois il existe de la parésie vésicale, de sorte qu'on est obligé de pratiquer le cathétérisme. Les selles sont solides, ou bien semi-liquides, brunâtres ou jaune doré. Après un retour abondant de la sécrétion urinaire, qui prend parfois des proportions considérables, après une transpiration copieuse, les malades recouvrent peu à peu la connaissance, leur aspect s'améliore, l'appétit reparaît et la convalescence s'établit progressivement.

Si l'état typhoïde est très prononcé, si les complications sont très graves, la mort est possible encore à cette période. Le sensorium reste alors quelque peu atteint, ou du moins, il persiste une apathie extraordinaire : c'est à peine si les malades ouvrent les yeux quand on les appelle. Le pouls reste petit, misérable, irrégulier. Très souvent surviennent des convulsions de nature probablement urémique et tenant à l'insuffisance de la sécrétion urinaire, et la mort résulte de l'aggravation de tous ces phénomènes. Dans d'autres cas la mort survient par épuisement après des complications comme la parotidite, l'otite moyenne double, la pneumonie, la diphtérie du pharynx et des organes génitaux externes. Tel est le tableau général de la maladie. Il nous reste à étudier d'une façon plus détaillée certains symptômes de l'attaque de choléra.

SELLES. — Dans certains cas, la quantité des selles est colossale, dans d'autres, elle est relativement modérée. Au moment où l'attaque est à son maximum, les selles ressemblent exactement à de l'eau de riz et sont constituées par un liquide aqueux, légèrement trouble, tenant en suspension des flocons blanchâtres. Leur réaction est quelquefois alcaline, mais le plus souvent neutre. Au microscope, on trouve une quantité énorme de bacilles virgules et relativement peu de cellules épithéliales desquamées provenant de la muqueuse intestinale. Au point de vue chimique, les selles contiennent une grande quantité de mucus et de sels, principalement de chlorure de sodium, en moyenne 3,7 pour 1000 (Bruberger).

VOMISSEMENTS. — Les vomissements, au plus fort de l'attaque, sont liquides, aqueux, semblables aux selles. La quantité de liquides vomis dépend de la quantité de boissons ingérées. Les matières vomies présentent généralement une réaction neutre et, comme les selles, contiennent une forte proportion de chlorure de sodium (de 2 à 3 p. 1000, Schmidt).

POULS. — Lorsque l'attaque est arrivée à son maximum, le pouls radial disparaît totalement ; et dans les cas très graves et rapidement mortels, le pouls carotidien lui-même devient imperceptible. Les bruits du cœur, voilés au début, disparaissent peu à peu complètement, de même que le choc de la pointe. Ce n'est que lorsque la réaction commence à se manifester que l'on recommence à percevoir les mouvements et les bruits du cœur, et le pouls artériel ; quelquefois

même, le cœur manifeste son action d'une manière très bruyante. Aux stades de réaction et d'état typhoïde, on observe communément 200 pulsations par minute.

RESPIRATION. — A la période d'asphyxie, la respiration est ordinairement difficile, les mouvements respiratoires profonds; mais, malgré l'épaississement du sang et la stase veineuse, la respiration reste relativement bonne. La respiration devient fréquente, superficielle, saccadée, à la période typhoïde sous l'influence des lésions pneumoniques. Lorsque l'asphyxie arrive à son plus haut degré, la voix est quelquefois complètement éteinte chez les grands enfants, mais est très peu modifiée chez les petits (Monti).

TEMPÉRATURE. — Pendant la période d'asphyxie, la température périphérique du corps est notablement abaissée, tandis que la température centrale est élevée. Celle-ci continue quelquefois à monter jusqu'à l'agonie; pendant la réaction, la température périphérique atteint progressivement celle des parties centrales.

Dans les cas où la période asphyxique se prolonge, la température centrale descend également au-dessous de la normale. Les complications qui surviennent pendant le stade typhoïde s'accompagnent ordinairement d'élévation de température, sans cause connue (fièvre de convalescence). (Güterbock, d'après les évaluations que j'ai faites moi-même pour la plupart en 1866, à l'hôpital de cholériques de Berlin).

URINES. — La sécrétion urinaire se supprime dès la première atteinte du choléra, et le rétablissement de cette fonction correspond exactement au retour à la santé, en sorte que la quantité d'urines acquiert une haute valeur pathognomonique et pronostique. Le poids spécifique des premières urines émises par le malade, varie de 1012 à 1024; plus tard, quand la sécrétion reparait (la quantité d'urines émises est quelquefois énorme) le poids spécifique est de 1008, 1004 et même moins. Sa réaction est ordinairement acide.

Parmi les matériaux morphologiques que contiennent les premières urines, on trouve une grande quantité de cellules épithéliales, des cylindres hyalins et des amas de granulations grasses, substances qui disparaissent plus tard, lorsque les urines deviennent abondantes. Ce qui est remarquable, c'est la petite quantité de chlorure de sodium qu'on y trouve, à peine 1 p. 1000, proportion qui dans quelques cas

persiste jusqu'à la convalescence (Bruberger). Il n'est pas rare de voir se développer pendant le stade typhoïde une néphrite avec les modifications correspondantes des urines.

PEAU. — La peau des malades atteints de choléra est froide, cyanosée, couverte d'une sueur visqueuse particulière. La sueur est quelquefois tellement riche en urée que cette substance se dépose sur la peau sous forme de cristaux (Schottin); en même temps la peau exhale une odeur fade tout à fait spéciale que je n'ai rencontrée que dans le choléra, et qui s'explique peut-être par la présence des produits de putréfaction (cadavérine de Brieger). Pendant le stade typhoïde survient quelquefois un exanthème particulier qui ressemble en partie à la roséole (macules), en partie à l'urticaire (papules). Cette éruption s'étend sur les bras, les cuisses, la poitrine, elle est d'une couleur rose intense; souvent son apparition est d'un pronostic favorable.

SYSTÈME NERVEUX. — Pendant l'attaque le sensorium est intact, mais les enfants sont extraordinairement apathiques et c'est à peine s'ils se plaignent. Très souvent pendant le stade typhoïde on observe chez les enfants de la stupeur, du délire et même un état de manie. Des convulsions se montrent pendant les stades de réaction et d'état typhoïde; par contre les contractions musculaires très douloureuses qu'on observe chez les adultes pendant la période d'asphyxie, sont plus rares chez les enfants, du moins elles ne se manifestent pas chez ces derniers d'une façon aussi évidente. Les phénomènes de paralysie avec contracture simultanée des muscles antagonistes se rencontrent également chez les enfants. J'ai aussi observé plusieurs fois de la paralysie vésicale chez de petits enfants.

ORGANES DES SENS. — Il faut surtout signaler pendant le stade typhoïde les altérations de l'œil. Les conjonctives sont fortement injectées, les angles des yeux couverts d'un pus épais en partie desséché; les yeux sont à moitié fermés. Dans les cas très graves, l'épithélium de la moitié inférieure de la cornée restée longtemps à découvert, se desquame, et j'ai observé des cas de perte totale de l'œil par xérosis et suppuration de la cornée et de la sclérotique, et par phtisie oculaire.

Complications. — La gravité des phénomènes généraux est telle qu'il n'existe pas d'organe qui ne puisse être atteint pendant le stade typhoïde. Par ordre de fréquence, les complications du côté de la

parotide, des reins, des poumons et des plèvres, sont les plus communes. Les suppurations du tissu cellulaire avec érysipèle, cystite, péricardite, endocardite et même péritonite, s'observent également vers la fin du stade typhoïde.

La *parotidite* débute ordinairement par une fièvre très élevée et par un gonflement dont la rapidité de développement est surprenante. En quelques heures le visage du petit malade est tuméfié et informe; la muqueuse buccale est rouge et en pressant sur le canal de Sténon on fait facilement sortir par l'orifice un bouchon purulent. La douleur est vive; l'infiltration de la région avoisinante, et le gonflement de l'aponévrose massétérine rendent impossible l'écartement des mâchoires et la mastication. Généralement la suppuration apparaît rapidement, et les incisions précoces, étendues empêchent seules le pus de fuser dans la région du cou; dans certains cas le pus se fait jour vers le conduit auditif ou, encore, vers le pharynx. Ces cas se compliquent facilement d'érysipèle et se terminent par la mort.

Les inflammations du *rein* avec tous leurs symptômes: albuminurie, hématurie, cylindres dans l'urine, produisent des hydropisies et souvent des convulsions urémiques qui se terminent par la mort.

Le plus souvent ce sont les *pneumonies catarrhales* qui épuisent les enfants affaiblis par la gravité de la dyspnée, la persistance de la fièvre et les conduisent à la mort.

Diagnostic. — Au cours d'une épidémie le diagnostic du choléra n'est pas difficile. Lorsqu'on ne connaissait pas encore le bacille de Koch, qui est un guide sûr pour le diagnostic, il était très difficile d'affirmer l'origine asiatique des premiers cas; actuellement tous les observateurs reconnaissent que la constatation du bacille dans les fèces donne avec certitude le diagnostic. Si la diarrhée se complique de vomissements et de symptômes caractéristiques d'algidité, de cyanose, de refroidissement des extrémités, d'absence du pouls, d'anurie, la gravité du cas est aussi certaine que le diagnostic. La confusion n'est guère possible qu'avec les empoisonnements par l'arsenic ou le tartre stibié, mais la présence du bacille dans les selles permet d'éviter toute erreur. Bien plus difficile est le diagnostic du stade typhoïde du choléra, si l'on n'a pas assisté à l'attaque elle-même. L'interrogatoire du malade, de même que les caractères de la courbe de température, permettront de le distinguer de la fièvre typhoïde. La

courbe du choléra typhoïde ne présente presque jamais la régularité caractéristique de la fièvre typhoïde.

Pronostic. — Le pronostic du choléra est aussi incertain pour les enfants que pour les adultes; ni une santé brillante, ni une constitution vigoureuse ne l'améliorent. D'après l'expérience que j'ai acquise chez l'adulte, il semblerait qu'une alimentation amylicée prolongée, avant le choléra, aggrave le pronostic; du moins tous les malades de la classe ouvrière ont succombé malgré leur air robuste et leur aspect de bonne santé. La prolongation de l'attaque, la durée trop longue du stade d'asphyxie aggravent le pronostic: le gonflement considérable de l'abdomen, l'abondance de liquide dans l'intestin, la chaleur de la peau du ventre ont aussi une mauvaise signification. Le rétablissement rapide d'une sécrétion urinaire abondante, l'apparition de l'exanthème, sont généralement de bon augure. Le danger est particulièrement grave pour les enfants au-dessous de 5 ans et plus encore pour les nourrissons (de 0 à 1 an). Chez les enfants au-dessous de 10 ans, le pronostic est relativement bénin. Les rachitiques et les scrofuleux sont plus menacés que les autres pendant le stade typhoïde à cause des complications pulmonaires qui surviennent à ce moment.

Traitement. — Il ne peut guère être question de thérapeutique dans une maladie dont la marche est si rapide, au moins pour ce qui est de l'attaque proprement dite. Par contre, il existe peu de maladies où en désespoir de cause on ait eu recours à tant de procédés irrationnels que dans le choléra. La *prophylaxie* de la maladie est une question internationale; si la maladie se manifeste dans un endroit quelconque la prophylaxie personnelle est très utile à celui qui s'y astreint, mais le nombre considérable des imprudents et des ignorants rend inutiles ces mesures au point de vue de la propagation épidémique.

La prophylaxie applicable aux enfants peut se formuler dans les préceptes suivants: On doit éloigner des enfants toute substance qui peut provoquer la diarrhée, si légère qu'elle soit, et on doit leur donner modérément l'alimentation nécessaire. Il est très important de ne rien donner aux enfants qui ne soit cuit auparavant, et cela s'applique même à l'eau qui sert à la toilette de la bouche. Toutes les règles d'hygiène ordinaires telles que propreté, air pur, régularité sont d'une grande importance. On veillera à ce que l'enfant ne soit pas