



Laurent Escande (éd.)

Avec les pèlerins de La Mecque. Dossiers numériques

Presses universitaires de Provence

D^r Lucien Galliard, *Le choléra*

Paris, 1894

DOI : 10.4000/books.pup.1999

Éditeur : Presses universitaires de Provence, Maison méditerranéenne des sciences de l'homme

Lieu d'édition : Aix-en-Provence

Année d'édition : 2013

Date de mise en ligne : 26 avril 2013

Collection : La page et l'écran

EAN électronique : 9782821827707



<http://books.openedition.org>

Référence électronique

D^r Lucien Galliard, *Le choléra* : Paris, 1894 In : *Avec les pèlerins de La Mecque. Dossiers numériques* [en ligne]. Aix-en-Provence : Presses universitaires de Provence, 2013 (généré le 15 novembre 2023).

Disponible sur Internet : <<http://books.openedition.org/pup/1999>>. ISBN : 9782821827707. DOI : <https://doi.org/10.4000/books.pup.1999>.

Ce document a été généré automatiquement le 15 novembre 2023.

Le texte seul est utilisable sous licence . Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

Dr Lucien Galliard, *Le choléra*

Paris, 1894

1. Le diagnostic du choléra (extrait p. 99-102)

- 1 C'est seulement au début des épidémies que des observateurs non prévenus peuvent hésiter à reconnaître le *choléra grave*. Dès qu'on a observé quelques malades, le doute devient impossible.
- 2 À la période prodromique et pendant le stade phlegmorrhagique, on pourrait songer à une diarrhée simple, à une indigestion, à une gastro-entérite, à un embarras gastro-intestinal, à une grippe à forme gastro-intestinale, à un empoisonnement par les champignons ou par les viandes avariées, si l'on n'avait pas, à côté des signes cliniques, le secours si précieux de la bactériologie.
- 3 Au stade d'algidité, on pourra éliminer facilement les accidents produits par la hernie étranglée, par les péritonites aiguës, par les hémorragies externes ou internes. Le collapsus algide consécutif aux crises gastriques des tabétiques (Charcot) et le refroidissement des urémiques sont généralement faciles à rapporter à leur véritable cause.
- 4 Si le choléra est sec, on se rappellera, d'après Lasègue, que le gargouillement persistant de la fosse iliaque et l'aspect du ventre ont plus d'importance, au point de vue du diagnostic, que les évacuations intestinales.
- 5 La fièvre pernicieuse algide occupe une telle place dans la pathologie des pays chauds qu'elle cause de fréquentes erreurs. C'est à cette maladie qu'on songe, en particulier, lorsqu'on constate l'hyperthermie centrale que j'ai signalée dans le choléra foudroyant et galopant. Dans les rapports sur le choléra écrits par nos médecins militaires au Tonkin en 1885, Demmler a trouvé souvent cette phrase : « On avait cru d'abord à des accès de fièvre pernicieuse et administré du sulfate de quinine. »
- 6 La suette cholérique, ou choléra sudoral, a été observée, dit-on, au cours de certaines épidémies. D'après les descriptions des auteurs, il y aurait non pas anurie mais polyurie au début et, d'autre part, les sueurs profuses mettraient fin aux hésitations.
- 7 Les empoisonnements ont pu causer des méprises regrettables.

- 8 On se rappelle la scène fameuse du livre où Eugène Sue a tiré si habilement parti des événements à jamais mémorables de 1832. Rodin pâlit affreusement et se sent glacé, puis il brûle ; il éprouve d'horribles convulsions. Tout à coup, rassemblant ses forces, il se dresse droit et roide comme un cadavre, ses cheveux hérissés autour de sa face verte : « Cardinal Malipieri, s'écrie-t-il d'une voix strangulée, cette maladie est trop subite ; on se défie de moi à Rome ; vous êtes de la race des Borgia, et votre secrétaire était chez moi ce matin... On m'a empoisonné ! »¹.
- 9 Le tartre stibié et le sublimé ont été parfois incriminés. Plus souvent, c'est l'arsenic : vomissements, diarrhée, évacuations aqueuses, soif ardente, pouls petit, refroidissement, facies abdominal, prostration, crampes des mollets, cyanose, anurie, tout serait fait pour induire en erreur si l'analyse des liquides et les renseignements obtenus ne permettaient de découvrir la véritable cause des accidents.
- 10 Le collapsus algide qui survient chez les typhiques sans choléra doit être distingué de celui qui trahira l'invasion secondaire du bacille virgule ; de même chez les tuberculeux diarrhéiques.
- 11 J'ai été appelé, au printemps de 1893, auprès d'une malade isolée provisoirement au Bastion 36 (désert à cette époque), pour un cas de choléra reconnu la veille par les internes d'un hôpital parisien. Or, cette pseudo-cholérique, l'accès de collapsus algide ayant cédé, offrait les symptômes indiscutables d'une scarlatine légitime. Si la scarlatine elle-même peut simuler le choléra, quelles erreurs ne doit-on pas prévoir ?
- 12 Parmi les maladies qui, sans l'examen bactériologique, ne sauraient être distinguées du choléra vrai, il faut signaler certaines infections dues aux *streptocoques* (Beck en a publié récemment un exemple remarquable) et surtout ceux qu'on doit rapporter au *bacterium coli commune* (Gilbert et Girode) et au *bacille de Finkler-Prior*.
- 13 Ici, nous touchons à une question essentielle :
- 14 *Un cas de choléra étant donné, appartient-il à la variété sporadique ou à la forme épidémique ?*
- 15 C'est à la découverte de Koch que nous devons la faculté de résoudre aujourd'hui ce problème.
- 16 En se plaçant au point de vue de l'hygiène publique et des mesures sanitaires, cette question peut donc se poser ainsi :
- 17 *S'agit-il d'un choléra à bacilles virgules ou d'un choléra sans bacilles virgules ?*
- 18 Car le premier doit se disséminer rapidement, l'autre peut rester isolé.
- 19 J'indiquerai les moyens qui permettent d'arriver rapidement à la certitude.
- 20 Peter a simplifié la question en admettant l'unicité du choléra ; pour lui, *cholérine*, *choléra avec déjections bilieuses* (ou choléra nostras), *choléra riziforme* (ou indien), tout cela n'est qu'une seule et même maladie, sous un triple aspect. « Il n'y a pas trois choléras, disait-il, pas plus qu'il n'y a trois scarlatines ou trois dothiéntéries. »
- 21 Si nous admettions cette conception uniciste dans toute sa rigueur, cela reviendrait à supprimer l'examen bactériologique, dont Peter lui-même reconnaissait l'importance.
- 22 Or, je le répète, sans la connaissance des microbes, les différentes variétés du choléra risquent bien de se confondre. Et il ne faut pas attendre le développement d'une épidémie et l'étude de sa marche pour établir les distinctions.

2. Le stade d'algidité cholérique (extrait p. 29-34)

- 23 Ici, tous les phénomènes de la précédente période, sauf peut-être les vomissements et la diarrhée, s'exaspèrent. Le facies devient absolument caractéristique.
- 24 D'abord on constate une teinte grisâtre ou plombée des téguments, qui peut persister jusqu'à la fin (choléra blême) ; puis la cyanose s'affirme, surtout aux extrémités, au nez, aux lèvres, à la langue, à la verge. Le tronc et les membres se couvrent de plaques bleuâtres, à contours irréguliers, d'étendue variable, ou de marbrures violacées ou même de véritables ecchymoses (choléra bleu, choléra cyanique).
- 25 L'*amaigrissement* fait d'effrayants progrès ; les tissus fondent, la peau se ratatine et perd son élasticité. Les doigts s'effilent, les ongles noircissent, les yeux se dessèchent. *Le cholérique se cadavérise.*
- 26 L'*algidité* se manifeste surtout au niveau des extrémités, mais tout le corps est glacé et, comme les chairs résistent à la main qui palpe, il semble qu'une statue de marbre se soit substituée au patient. La langue est froide et collante, la salive absente, l'haleine refroidie.
- 27 Que dire des mensurations thermométriques ? Aux mains et aux pieds, Magendie a noté 18°C et 21°C. Dans la bouche, Lorain n'a jamais trouvé plus de 37°, jamais moins de 25°. Dans l'aisselle, la température minima fut, chez ses malades, 33° ; la température maxima, 39°. Demmler a vu souvent le thermomètre placé dans l'aisselle marquer 39° chez les cholériques algides d'Haïphong.
- 28 L'*algidité centrale* peut coïncider avec l'*algidité périphérique*. Chez les malades de Lorain, le thermomètre mis dans le rectum ne s'est pas abaissé au-dessous de 34°C. J'ai noté, chez un cholérique, 32°, Hayem 30°. Les températures rectales basses ne sont pas aussi rares que l'admettaient Zimmermann, Charcot et Lorain ; mais, en général, c'est entre 36° et 37° que les oscillations se produisent.
- 29 L'*hyperthermie centrale*, coïncidant avec l'*algidité périphérique*, est aussi fâcheuse que l'hypothermie. Lorain a noté cinq fois 40°. Hayem n'a pas vu le thermomètre, placé dans le rectum, marquer plus de 40°,2 à la période algide. J'ai noté 41°,5 une heure avant la mort, chez un enfant de quatre ans, emporté en deux jours. Guterbock parle d'une femme de vingt et un ans qui eut 42° une heure avant de mourir.
- 30 Quelques auteurs ont considéré l'*hyperthermie centrale pré-agonique* comme une manifestation réactionnelle (réaction congestive). Il importe de ne pas dérober au stade d'*algidité* ce phénomène, que d'ailleurs on retrouvera plus tard, et qui, ici, semble un peu déconcertant ; l'authenticité en est absolue.
- 31 Lorsqu'on pratique la transfusion intra-veineuse chez les cholériques en état de collapsus algide, dont la température centrale est élevée (au-dessus de 38°, d'après Hayem), on voit la réaction artificiellement produite par cette opération s'accompagner d'un léger abaissement thermique. Pour que le succès définitif soit acquis, il faut que l'élévation thermique préopératoire soit peu considérable ; j'ai noté au maximum 38°,6 et 38°,9, dans ces conditions, chez des cholériques qui ont guéri.
- 32 Lorsqu'il y a préalablement, au contraire, hypothermie centrale *non excessive*, la température s'élève après l'opération. La plus basse température rectale, notée par moi avant la transfusion, dans la série des cas heureusement terminés, a été de 35° ; dans un cas favorable d'Hayem, 34°,4.

- 33 Le *pouls* radial cesse de battre ; le sphygmographe ne donne qu'un tracé à peu près horizontal (Lorain) ; la suppression du pouls radial coïncidant avec l'état de collapsus algide a une signification pronostique des plus graves. On peut l'observer cependant sans collapsus. Chez une cholérique tuberculeuse de mon service, cyanosée, algide, mais sans collapsus, le pouls radial a été supprimé pendant quelques heures ; la malade a cependant atteint la période réactionnelle sans subir la transfusion intra-veineuse ; elle n'a succombé qu'au bout de plusieurs semaines.
- 34 Le *cœur* s'affaiblit comme le pouls, mais plus lentement que lui. À l'auscultation, l'un des bruits se supprime. Il existe un remarquable désaccord entre la force apparente du cœur et celle de la diastole artérielle. L'impulsion cardiaque semble parfois encore assez énergique au moment où l'*asphygmie* se manifeste.
- 35 Jules Besnier a considéré l'asystolie cardiaque comme pouvant être un phénomène primitif (forme asystolique) en l'absence de troubles respiratoires et de phénomènes nerveux.
- 36 Les *vaisseaux capillaires* se vident ; les plaies faites à la peau ne fournissent plus une goutte de sang.
- 37 À l'arrêt de la circulation capillaire et à la production des plaques cyaniques de la peau il faut ajouter les petites *eschares* qu'on voit survenir très rapidement à la verge, au nez, aux oreilles.
- 38 Les glandes sudoripares conservent seules, dans cet arrêt fonctionnel si voisin de la mort, une certaine activité ; des sueurs épaisses et visqueuses couvrent la face.
- 39 L'*anurie* succède à l'oligurie. D'après Lorain, il y aurait toujours quelques gouttes d'urine excrétées, et, d'ailleurs, à l'autopsie des anuriques, on trouve souvent une petite quantité de liquide dans la vessie. Mais peu importe. L'anurie est un des symptômes caractéristiques du choléra grave. Si certains sujets succombent sans avoir jamais cessé d'uriner (Rumpf), il faut considérer leur fait comme exceptionnel. Lorain cite un homme de cinquante-quatre ans, enlevé en quinze heures et qui, peu d'instant avant de mourir, se leva pour uriner à terre abondamment. L'urination préagonique des sujets anuriques pendant plusieurs jours doit être rapprochée de la réapparition du pouls radial chez les moribonds ; ces phénomènes ne sont pas nécessairement liés à l'élévation de la température centrale ; aussi, ne peut-on voir là un ensemble réactionnel.
- 40 J'ai noté plusieurs fois le ténésme vésical chez des malades anuriques. Une de mes patientes me suppliait de la sonder.
- 41 L'*aphonie* est complète.
- 42 La *dyspnée* excessive est un des traits caractéristiques de cette période. Victimes de l'anoxémie, les cholériques ont soif d'air ; ils sont angoissés, ils asphyxient. Les troubles respiratoires marchent parallèlement à la cyanose (choléra cyanique, choléra asphyxique). Les mouvements respiratoires sont accélérés : on en compte jusqu'à 40 ou 45 par minute. Ils sont, en outre, saccadés, souvent irréguliers et inégaux. À la suite d'une inspiration forcée, un repos, puis une expiration brusque et courte (Marey). Dans la forme dite spasmodique du choléra, la détresse respiratoire se combine avec les manifestations nerveuses.
- 43 À l'auscultation, rien de spécial, sauf dans les cas très rares où se produit, à cette période, la broncho-pneumonie.

- 44 L'air expiré par les cholériques est remarquablement pauvre en acide carbonique ; ce gaz se réduit aux deux tiers de sa proportion normale (Davy). Rayet et Doyère ont montré que la consommation d'oxygène diminuait progressivement jusqu'à la mort. L'hématose est suspendue. Les globules rouges du sang, d'après l'expression d'Hayem, sont paralysés dans leur fonctionnement.
- 45 La *diarrhée* et les *vomissements* peuvent être supprimés à cette période, ainsi que les coliques ; mais souvent ces phénomènes persistent jusqu'à la fin. On note aussi le *relâchement du sphincter anal* et le hoquet ; ce dernier signe appartiendrait seulement, d'après certains auteurs, à la fin de la période algide.
- 46 Les *crampes* se manifestent le plus souvent pendant toute la durée de cette période, variables d'intensité. On a observé aussi la constriction des mâchoires, la raideur du cou et des membres, la tétanie, les convulsions, les accès épileptiformes.
- 47 L'*agitation* est fréquente. Certains malades se contentent de se plaindre et de gémir ; d'autres ont de la jactitation, du délire de paroles, des hallucinations de la vue et de l'ouïe ; atteints de délire d'actions, ils cherchent à se lever, à quitter la chambre. Rarement le délire est violent à cette période. Les cholériques algides délirants ne tardent pas à arriver à l'inconscience et au coma mortel.
- 48 Plus habituelle est la *somnolence*, l'apathie, la torpeur intellectuelle sans perte de connaissance absolue.
- 49 Les cholériques en état de *collapsus algide* sont indifférents à tout ce qui se passe autour d'eux ; les pupilles sont habituellement resserrées, l'œil est terne, la cornée desséchée. Ces malades peuvent succomber dans le coma, ou rester conscients pendant l'agonie, ou enfin survivre au stade d'algidité.
- 50 La durée de la période algide, réduite parfois à quelques heures, est, en moyenne, de vingt-quatre heures. Elle peut atteindre trois ou quatre jours. Quand elle se prolonge davantage, c'est rarement sans être interrompue par des essais de réaction abortive.
-

NOTES

1. Eugène Sue, *Le Juif errant*.