

hypertrophique. Il existe une griffe des plus marquées; mais si le médian et le cubital sont atteints, le radial est intact, et cette intégrité détermine la déformation étudiée. Charcot l'appelait *main du prédicateur emphatique*.

Griffe cubitale. — La paralysie du radial détermine la chute de la main; l'intégrité du médian permet l'extension relative des phalanges extrêmes de l'index et du médius; l'atteinte du cubital, traumatisme, section, névrite, produit une déformation typique, dite *griffe cubitale* (fig. 84). L'index et le médius sont légèrement fléchis, l'annulaire l'est presque complètement, le petit doigt l'est au maximum; l'adduction du pouce est impossible. La main est penchée faiblement sur le bord radial. Cette déviation augmente dans la flexion volontaire sur l'avant-bras; elle dépend de la paralysie du cubital antérieur.

Déformations de la main par contractures. — Les déformations de la main peuvent devenir excessives; il s'agit alors le plus souvent de contractures en flexion. Ces déformations s'observent chez des *lépreux*, des *syringomyéliques*, des *parkinsoniens*, dans l'*hystérie* et l'*hémiplegie organique* surtout (fig. 86). Il peut en résulter des altérations extraordinaires avec pénétration des ongles dans la paume (*main de fakir*) (fig. 85).



Fig. 85. — Main de fakir (d'après Dejerine.)



Fig. 86. — Main d'hémiplegique (d'après Dejerine.)

Dans ces différents cas, on ne discerne plus de griffe à proprement parler; certaines déformations les rappellent pourtant. C'est ainsi que le *doigt en baïonnette* est caractérisé par la flexion palmaire de la 5^e phalange; « la 2^e, au contraire, est en hyperextension telle sur la 1^{re} que la face dorsale du doigt est concave, et qu'à la face palmaire il y a une véritable subluxation de la 2^e phalange sur la 1^{re} qui est en flexion palmaire ». (Dejerine). On peut voir encore dans la *syringomyélie* les 5 doigts extrêmes fermés par flexion maxima; le pouce écarté, l'index à demi fléchi, forment une sorte de pince tout à fait caractéristique [*main en pince de homard* (Marie et Guillain)].

Diagnostic différentiel. — Certaines déformations digitales d'origine diverse ne doivent pas être désignées du nom de griffes. Le *rhumatisme chronique déformant* (v. c. m.) détermine des altérations beaucoup plus polymorphes, et ne s'accompagne pas primitivement d'atrophie musculaire. La *sclérodémie* (v. c. m.) immobilise les doigts, les fige sous un tégument lisse et dur, qui éclate au niveau des articulations phalangiennes. Enfin, la *rétraction de l'aponévrose palmaire* (v. c. m.), qu'on l'attribue au rhumatisme chronique, à la pellagre, à la syringomyélie, est facile à reconnaître; et les mutilations *lépreuses* ou *gliomateuses, trophiques* en général, présentent un tout autre aspect clinique (V. LÈPRE). F. MOUTIER.

GRIPPE. — La *grippe* ou *influenza* est une *maladie toxi-infectieuse générale* qui est à la fois *épidémique, pandémique, endémique* et *contagieuse*, qui peut ne se traduire que par une sorte de *fièvre essentielle* à seuls symptômes généraux, sans aucune localisation appréciable, véritable *septicémie*, mais qui se manifeste le plus souvent sur tel ou tel organe ou sur plusieurs, à la fois ou successivement. Capricieuse, polymorphe, véritable protéée, elle se présente sous les aspects les plus variés. Mais toujours, quel que soit le masque qu'elle emprunte, une caractéristique la trahit au clinicien : c'est l'*intoxication immédiate plus ou moins profonde, mais durable, du système nerveux*. C'est là ce qui véritablement fait la grippe et donne à ses diverses localisations un cachet tout spécial.

Peu de maladies ont une synonymie aussi riche : *tac* ou *horion*, *coqueluche*, *catarrhe épidémique*, *follette*, *cocote*, etc.

Épidémicité. Bactériologie. — L'histoire de ses épidémies est aussi fort longue. Depuis 876, un grand nombre, venues presque toujours d'Orient, se sont abattues sur l'Europe. A retenir celles de : 1580, qui fit 9000 victimes à Rome et ravagea bien des pays; 1676, magistralement décrite par Sydenham; 1750, qui éclata en Russie; 1775-75, étudiée par Stoll et Heberden; 1802, 1850, 1855 (Prian, Pétrequin, Bourgogne); 1855, la grande épidémie du siècle dernier dont Graves s'est fait l'immortel historien; enfin 1889-90, la plus récente et une des plus meurtrières, où notre génération a fait de la maladie qu'elle ne connaissait guère que par les livres une expérience étendue et une étude instructive. Avec les quelques épidémies postérieures, moins importantes, elle a ouvert l'ère des recherches microbiennes qui est loin d'être close encore aujourd'hui.

Ce n'est pas que l'idée d'un contagion dans la grippe ne soit très ancienne. Du temps de Kant on invoquait la présence d'insectes qu'on accusait les commerçants russes d'avoir rapportés de la Chine. Mais les faits positifs ne commencent qu'en 1885, avec Seiffert, qui décrit comme spécifique un *coccus en chaînettes* trouvé dans les crachats et le mucus nasal. Depuis 1889, successivement on a cru spécifiques un *hématozoaire* (Klebt), des *diplocoques* (Fischel), *streptocoque* (Ribbert, Finkler, Vaillard et Vincent), des *pneumocoques*, encapsulés ou non (Weichselbaum, Prior, Lévy, Jolles, etc.), une *diplobactérie* (Teissier, Roux et Pittion).

Aucun de ces agents n'ayant été reconnu vraiment spécifique, puisque aucun n'existait dans la grippe à l'exclusion des autres et qu'on pouvait les y

trouver tous isolément ou simultanément (Bouchard, Netter, Ménétrier, Leyden, Friedreich), on se contenta de leur attribuer un rôle important dans les diverses infections secondaires de la maladie, reconnaissant que le microbe inconnu de l'influenza leur donnait un renforcement de virulence tout spécial. Certains auteurs (Kühn, Weichselbaum), nièrent même qu'un organisme spécifique fût nécessaire, se demandant si cet accroissement de virulence des divers micro-organismes, hôtes habituels de nos cavités normales, ne se produisait pas simplement sous des influences météorologiques et ne suffisait pas à expliquer les diverses manifestations ainsi que le caractère épidémique et contagieux.

Mais, en 1892, Pfeiffer (de Berlin) décrit son *cocco-bacille*, bâtonnet très court, très fin, à peine plus long que large, arrondi à ses extrémités, parfois associé par deux (diplobacilles), immobile. Pur ou associé, il se rencontre très abondant dans la salive, le mucus bronchique et le suc pulmonaire des grippés.

Il se colore assez mal par les couleurs basiques, mais très bien par la fuchsine phéniquée étendue, de Ziehl.

Aérobic, il est très difficile à cultiver et à repiquer, ne poussant pas sur les milieux ordinaires, mais seulement sur des milieux ensanglantés (gélose recouverte d'une mince couche de sang d'homme, de lapin, surtout de pigeon), à une température de 37°, lentement (24 heures).

Les colonies sont extrêmement petites, souvent invisibles sans la loupe, transparentes, arrondies, ne confluent pas. Les cultures vieillissent vite et ne se repiquent plus au bout de quelques jours; elles présentent bientôt un polymorphisme très marqué (formes filamenteuses, allongées ou enchevêtrées).

Il n'est pas pathogène pour les animaux de laboratoire, ou, du moins, ne tue les animaux que par toxémie et à hautes doses. Mais, chez le singe, il détermine des accidents comparables à ceux de l'influenza humaine.

La découverte de Pfeiffer fut confirmée par de nombreux auteurs. Pfeiffer n'avait jamais trouvé son bacille dans le sang. Mais Canon, Bruschetti, Borchardt, Chantemesse et Cornil, enfin H. Meunier (de Pau) l'ont décelé dans le torrent circulatoire.

H. Meunier a pu reproduire chez le lapin une maladie toxémique (par injections de cultures stérilisées), caractérisée par une hyperthermie intense, de l'anorexie et de l'abattement; exceptionnellement (par cultures vivantes), des lésions anatomiques plus ou moins graves des poumons et des reins. Il a aussi constaté que le sérum des malades ou des animaux inoculés n'avait pas des propriétés agglutinantes pour le *cocco-bacille*.

La spécificité du microbe de Pfeiffer fut très discutée en 1900 par Rosenthal qui le considéra comme un simple saprophyte (*cocco-bacille hémophile*), microbe banal de la flore pathologique du poumon. Cependant, Slatinéano (1901) ayant exalté sa virulence en utilisant la propriété chimiotaxique négative de l'acide lactique, a obtenu une septicémie qui tue les animaux en 6 à 24 heures: ils succombent avec une péritonite intense, une hypothermie d'ordre essentiellement toxique, le microbe n'existant ni dans le sang, ni dans les organes. Les quelques animaux qui ont échappé à l'infection immédiate finissent par succomber au bout de 10 à 12 jours, en proie à une cachexie intense qui leur fait perdre presque la moitié de leur poids. Cantani a pu, par l'injection

intra-méningée de cultures de Pfeiffer, vivantes ou stérilisées, déterminer chez 550 animaux, avec une forte élévation de la température, une paralysie progressive se terminant par la mort¹.

Des tentatives intéressantes d'immunisation ont été faites par Bruschetti, Cantani, Slatinéano.

Cette année même enfin (1905), MM. Bezançon et Israëls de Jong ont dénié au bacille de Pfeiffer toute spécificité sous prétexte qu'il ne l'avaient trouvé que rare et associé à d'autres espèces microbiennes bien plus abondantes dans une série de déterminations pulmonaires et sont revenus à l'idée de Kühn et Weichselbaum que la grippe n'est pas une maladie spécifique et qu'elle est produite par un accroissement de virulence des divers agents microbiens ordinaires sous des influences météorologiques. Certains médecins ont même, à leur suite, nié l'existence de la grippe elle-même². La clinique se chargera de nous la démontrer.

Mais ce qui est certain, c'est qu'à côté du Pfeiffer qu'on rencontre toujours dans la grippe, abondant ou rare, et qu'on ne rencontre que dans la grippe, il n'est pas de maladie où les infections secondaires soient plus nombreuses, plus variées, et jouent un rôle aussi considérable: pneumocoque, streptocoque, staphylocoque, pneumo-bacille de Friedländer, entérocoque, pseudo-diptériques, micrococcus catarrhalis, para-tétragène-zoogléique, etc. Ces divers micro-organismes, mais surtout le streptocoque, semblent trouver dans le bacille de la grippe un puissant auxiliaire pour se manifester au plus haut degré de leur virulence, tantôt réalisant pour leur compte l'infection générale ou la septicémie, tantôt créant des infections locales: pleurales, pulmonaires, méningées, tantôt enfin jouant le rôle de simple agent pyogène. « Dans bien des cas le streptocoque se substitue au bacille de l'influenza et commande seul à la fois la symptomatologie et le pronostic de l'affection. » (Hanot.)

On peut, en effet, considérer l'agent spécifique de la grippe comme jouissant, vis-à-vis des microbes saprophytes vulgaires, d'une propriété d'exaltation remarquable. On peut aussi, se rappelant quel poison du système nerveux et sans doute des leucocytes est la toxine grippale, comprendre que les agents secondaires aient plus facilement raison d'un organisme de résistance ainsi amoindrie et livré sans défense aux parasites habituels. Les deux processus peuvent d'ailleurs entrer en jeu simultanément et l'on peut dire avec H. Meunier que c'est la grippe qui condamne et la surinfection qui exécute.

Symptômes. — La *période d'incubation* est si courte d'ordinaire qu'elle ne dépasse pas 24 heures (cas précis de contagion).

L'*invasion*, quelquefois marquée par des prodromes tels que frissonnements, malaises, etc., n'existe pour ainsi dire pas, car le *début* de la maladie est d'une *Brusquerie pathognomonique*. Même quand un léger coryza, un malaise insignifiant existent depuis 1 ou 2 jours, la grippe proprement dite entre brusquement

1. D'où l'on peut conclure que la fatigue, qui accumule dans l'organisme de l'acide sarcolactique, est une condition favorable de réceptivité et d'exaltation de la virulence du microbe de la grippe, comme des autres maladies infectieuses.

2. Voir: E. Boix. La grippe existe-t-elle? *Archives générales de médecine*, n° 17, 25 avril 1905, p. 1047.

ment et soudainement en scène et terrasse pour ainsi dire le malade par quelque coup solennel : frisson violent avec refroidissement des extrémités (rarement série de petits frissons), défaillance subite, syncope même, courbature généralisée, rachialgie plus ou moins intense, céphalalgie générale ou localisée, douleurs oculaires temporales ou occipitales, névralgies dentaires, douleurs irradiées aux membres, point de côté, constriction thoracique douloureuse, angoisse mortelle, angine de poitrine, délire, convulsions (chez les enfants), torpeur, coryza, épistaxis, vomissements, tels sont les symptômes qui, associés ou isolés, marquent la capitulation de l'organisme.

« Mais ce qui semble être le caractère prodromique propre de la grippe et ce qui la distingue à cet égard des autres maladies aiguës analogues, c'est une sensation de faiblesse profonde, avec une paresse et une gêne des mouvements allant quelquefois jusqu'à la douleur, une sorte de prostration accompagnée d'inquiétude et d'anxiété, phénomènes qui sont en disproportion manifeste avec le peu de gravité réelle de la maladie, mais qui semblent révéler à la fois, dès le début, une influence pathogénique générale portant, non sur un seul organe ou système d'organes, mais sur l'organisme tout entier; c'est, en un mot, le caractère *asthénique* de l'affection qui va se développer. A ces prodromes se joint parfois une sorte d'effort ou de molimen hémorragique vers les membranes muqueuses, se terminant soit par une épistaxis ou une hémoptysie, qui semble ajouter encore à la signification caractéristique de ces prodromes. L'état normal des sujets, pendant cette période, répond à cet ensemble de signes plus ou moins sérieux en apparence. Ils sont en proie à une vague inquiétude, comme s'ils avaient le pressentiment qu'ils vont subir une affection grave. » (Brochin. D. D.)

Une courbature très accentuée, dit Vidal, puis une lassitude, une *fatigue invincible*, s'emparent du malade; même dans les cas légers, l'anéantissement, la *dépression* physique et intellectuelle, le manque d'énergie, l'impossibilité de réagir, sont tout à fait hors de proportion avec le caractère bénin de la grippe.

Tous les auteurs dénoncent, en y insistant, cette atteinte profonde, dès le début, du système nerveux : « Je crois, et c'est chez moi une conviction absolue, que le poison qui cause l'influenza agit sur le système nerveux ». (Graves.) Peter la met en relief d'une façon saisissante. C'est qu'en réalité c'est là la signature, l'essence même de la maladie. Cette asthénie se prolonge à travers les divers symptômes jusqu'à la convalescence, dominant chaque forme et donnant à chaque localisation une allure toute particulière, une note dépressive caractéristique.

La *fièvre* fait presque aussitôt après son apparition et achève de constituer la *période d'état*. On ne peut donner de la courbe thermique un type valable. Elle oscille, en général, entre 38°5 et 39°5, mais atteint souvent 40° et 41°. Tantôt c'est une ascension subite atteignant le maximum dès le premier ou le second jour pour descendre ensuite presque immédiatement par un lysis oscillant, cet accès restant unique; les températures matinales et vespérales peuvent constituer une sorte de plateau ou présenter entre elles de grandes différences; on a vu aussi le type inverse : ascension matinale, déclin vespéral. Tantôt c'est une fièvre quasi continue, avec des rémissions plus ou moins fréquentes, sorte

d'accès successifs, inégale d'ailleurs en intensité et en durée. Tantôt, après quelques jours d'une fièvre intense, une crise ramène brusquement le chiffre normal. Enfin, selon la participation de tel ou tel organe, des ascensions se produisent au cours de la maladie et la courbe prend sensiblement l'allure d'une pneumonie, d'une pleurésie, d'une fièvre typhoïde même. On comprend cette variété en songeant aux multiples facteurs microbiens qui interviennent dès le début, au cours ou à la fin de la maladie, et qui laissent si rarement l'agent spécifique seul maître du terrain. La *durée* de la fièvre est donc, comme sa forme, fonction des infections secondaires et des complications, d'où l'absence d'un type unique.

Le *pouls*, quelle que soit la forme, est aussi capricieux que la température et son accélération n'est pas toujours, comme dans d'autres affections, proportionnée à celle-ci. Presque toujours rapide au début, plein ou non, bien souvent déprimé ou dépressible, avec des intermittences, il peut se ralentir par la suite, puis reprendre ou rester lent, ou au contraire garder sa fréquence après la chute de la fièvre (tachycardie prolongée). Il peut être instable, normal comme rythme et comme fréquence lorsque le malade est couché, mais montant soudain de 20 à 120 pulsations lorsqu'il se met sur son séant (Huchard).

La *tension artérielle* est souvent diminuée. Le *cœur* a tendance à l'embryocardie, fréquemment réalisée. C'est que, en raison même de la dépression nerveuse, et aussi, parfois, à cause de la myocardite possible, les symptômes cardiaques jouent dans la grippe un rôle important et commandent dans une certaine mesure le pronostic. Les *syncopes* ne sont pas rares.

Les *urines* présentent le caractère fébrile : rares, hautes en couleur, contenant toujours de l'urobiline, assez souvent de l'albumine et des urates.

Même en dehors de toute complication digestive, l'état de la langue est spécial et la description de Faisans mérite d'être reproduite, pour bien fixer le clinicien sur la *langue grippale*, *langue opaline*, *langue de porcelaine*. « Cette langue n'est pas altérée dans sa forme; elle n'est pas large et épaisse comme dans l'embarras gastrique, ni petite, contractée et pointue comme dans la fièvre typhoïde. Peut être, dans certains cas, est-elle très légèrement étalée; le plus souvent elle conserve sa forme et ses dimensions normales. Elle est toujours humide, ou tout au moins présente l'état d'une langue qu'on vient d'essuyer avec une compresse. Quand elle a tendance à sécher, c'est qu'une complication phlegmatique est imminente ou déjà réalisée. Elle est lisse et unie, sans aspérités et sans sillons, et les saillies des papilles n'y sont point apparentes.

« Mais ce qui fait la caractéristique de cette langue, c'est sa coloration : c'est une teinte d'un blanc bleuté, assez analogue à celle de la porcelaine; cette teinte rappelle celle de certaines leucoplasies buccales, ou mieux encore, celle des plaques muqueuses bucco-pharyngées; en un mot, elle est *opaline*.

« Cette coloration opaline est tantôt uniforme et tantôt tachetée; dans le premier cas, l'organe est comme recouvert, sur toute sa surface, d'un très mince émail blanc bleuté transparent qui a partout la même apparence; dans le second cas, la partie médiane de la langue et sa base sont uniformément opalines, mais ses parties latérales et son extrémité sont comme tigrées de très petites taches arrondies, lesquelles présentent la même coloration opaline, mais plus claire, ou bien une couleur rouge vif.

« La coloration opaline de la langue ne tient pas à la présence d'un enduit surajouté : on peut exercer sur l'organe les frictions les plus énergiques sans en diminuer ou modifier la coloration.

« Si la grippe s'accompagne de catarrhe des voies digestives, la langue devient plus large, plus épaisse, et se recouvre à la base et jusqu'à la partie moyenne d'un enduit saburral. Mais elle ne cesse pas, pour cela, d'être caractéristique, car on observe toujours sur ses parties latérales, au voisinage des bords et de la pointe, la teinte opaline, uniforme ou tigrée.

« La langue opaline apparaît dans les deux ou trois premiers jours de la grippe. Elle dure autant que la maladie elle-même et elle est souvent le seul signe qui permette de dire que celle-ci n'est pas terminée. Il n'est pas rare de l'observer encore plusieurs jours et même plusieurs semaines après que les malades sont débarrassés de toute souffrance et se croient complètement guéris. Or, tant que la langue n'est pas redevenue normale, l'évolution morbide n'est point achevée et les malades restent sujets à des *recrudescences*, que l'on appelle à tort des *rechutes*.

« La langue grippale se montre absolument rebelle aux purgatifs, aux vomitifs et aux éméto-cathartiques. Quand il y a coïncidence de langue grippale et de langue gastrique, la médication évacuatrice fait disparaître souvent l'enduit saburral, mais ne modifie pas la teinte opaline. »

Le foie ne présente que rarement une augmentation de volume, non plus que la rate, sauf dans les formes graves ou compliquées.

Les traits ne sont pas à proprement parler altérés et l'expression « *face grippée* », justifiée quelquefois dans la grippe, se rapporte plutôt à des complications intestino-péritonéales graves qu'à l'influenza elle-même.

Tels sont les phénomènes généraux propres à la grippe moyenne, sans localisation bien marquée; ils peuvent se modifier selon les complications et les formes dont l'étude va nous permettre de passer en revue les localisations sur les divers systèmes et appareils.

Formes. — On a coutume, en dehors de la forme commune, d'en décrire trois : la forme nerveuse, la forme thoracique et la forme gastro-intestinale. En réalité, ces modalités cliniques sont de véritables syndromes qui n'altèrent en rien l'unité de la grippe, pas plus que ne se trouve compromise l'unité de la fièvre typhoïde ou de la tuberculose par les aspects fort disparates qu'elles peuvent revêtir. C'est dire que la grippe n'est pas, plus qu'une autre maladie, capricieuse, *polymorphe*, insaisissable. Elle garde toujours sa personnalité, ses traits caractéristiques, qu'elle soit atténuée ou maligne, défigurée ou pervertie, accompagnée ou compliquée. Tout est dans le *terrain pathologique*, et si, chez tous, elle s'attaque d'abord au système nerveux, elle se fixe ensuite sur tel ou tel organe qui présente plus de faiblesse qu'un autre, sur le *locus minoris resistentiæ*. En cela elle est grandement aidée par les microbes secondaires, et l'on peut même dire que, gardant pour elle, en général, l'occupation du système nerveux dans son ensemble, position capitale d'où elle domine tout l'organisme, elle abandonne à ses satellites le soin d'attaquer telle ou telle région. Là est le secret des diverses modalités cliniques et c'est ainsi que la grippe reste une dans son essence et garde intacte sa spécificité.

Il est à noter cependant que telle ou telle forme a caractérisé plutôt telle ou telle épidémie. C'est ainsi qu'en 1857, par exemple, c'est surtout le système respiratoire qui a fait les frais de la grippe (coryza, bronchites, broncho-pneumonies), laissant à cette génération cette idée que le catarrhe des muqueuses en était la vraie signature, tandis qu'en 1889, les formes nerveuses ont d'abord et surtout été observées. Mais au cours d'une même épidémie d'autres formes se montrent, et il est rare que le cycle entier des types morbides ne soit pas complet.

1. **Formes nerveuses.** — Elles sont multiples, car la grippe, imprégnant le système nerveux dans son ensemble, peut léser plus spécialement telle de ses parties et réaliser les symptômes ou les combinaisons de symptômes dont elles sont le substratum.

La grippe nerveuse générale se traduit par la prédominance et l'exagération de presque tous les symptômes signalés plus haut; mais il est rare qu'elle ne se cantonne pas surtout dans un département.

Grippe cérébrale. — La *céphalalgie* peut être telle que les patients la comparent à la plus violente migraine et qu'elle s'accompagne de photophobie, de vomissements et d'une somnolence voisine du coma. Cet état peut durer plusieurs jours ou seulement quelques heures, faisant place alors à une *excitation vive*, survenant surtout le soir, avec un malaise inexprimable, un état d'angoisse qui se prolonge jusqu'au matin.

Le *délire* est souvent observé: il peut se montrer sous les formes les plus variées et à toutes les périodes de la maladie: simple rêvasserie nocturne, délire bruyant, stupeur mélancolique, mélancolie passagère, délire de persécution durant toute la maladie, délire avec agitation maniaque, hallucination, manie aiguë, etc.

Le *méningisme* (ou pseudo-méningite) se voit surtout chez les enfants: céphalalgie, cris, vomissements, irrégularité et ralentissement du pouls, convulsions, raideur de la nuque, ventre en bateau, raie méningitique; puis phénomènes d'apathie et de somnolence, aphasie, paralysies diverses, etc. La guérison est la règle.

La *méningo-encéphalite* vraie, toujours grave, souvent mortelle, avec exsudat fibrineux ou suppuré, peut se manifester par l'apoplexie ou par les symptômes propres à toute méningite infectieuse¹.

Grippe bulbaire. — Les deux syndromes *vago-paralytique* et *vago-hyperkinétique* se rencontrent indifféremment: *tachycardie* avec hypotension artérielle, inégalité et petitesse du pouls qu'on qualifie de bas, enfoncé, mou, fuyant sous le doigt (Huchard a compté jusqu'à 500 pulsations), ou au contraire *bradycardie* (jusqu'à 44), coïncidant avec des lésions pulmonaires graves que nous retrouverons plus loin. L'*arythmie* s'observe dans les deux cas et se prolonge souvent d'ailleurs jusque dans la convalescence.

L'*angine de poitrine* revêt la forme de simple angoisse précordiale, ou de douleur rétro-sternale aiguë, sans irradiation brachiale cependant, mais avec la sensation d'arrêt vital et quelquefois syncope.

La *dyspnée* sans catarrhe ni lésion pulmonaire, comparable à celle de l'urémie, n'est pas un des moins curieux de ces phénomènes bulbaires. Le *type*

1. Voir: J. MARTY. Contribution à l'étude des accidents cérébro-spinaux dans la grippe. *Archives générales de médecine*, nov. 1898, p. 515.