

de *Cheyne-Stokes* peut s'observer, avec accélération ou ralentissement du pouls, en dehors de toute complication, rénale ou autre.

La *syncope* est fréquente dans cette forme; elle peut même être mortelle sans lésion préalable du myocarde. Le *collapsus cardiaque*, tel qu'on le voit dans la fièvre typhoïde, se produit au déclin de la maladie, alors que la convalescence semblait commencer. On doit le redouter dans toute grippe prolongée, avec ou sans lésion pulmonaire, même légère, lorsque le pouls garde de l'irrégularité, de l'instabilité, de la lenteur, lorsque des lipothymies se sont déjà produites et que persistent un peu de dyspnée et quelques vertiges.

*Grippe médullaire.* — Dans ce groupe trouvent place la *rachialgie* souvent si intense, la faiblesse des membres inférieurs, la *paraplégie* passagère ou durable, la *myélite* ascendante aiguë, la *méningite spinale* ou *cérébro-spinale*. Mais ces derniers symptômes sont plutôt des complications.

*Grippe périphérique.* — Les *névralgies*, les *myalgies* et les *arthralgies* sont monnaie courante dans la grippe; elles peuvent acquérir un degré d'acuité remarquable, mais cèdent bientôt à la médication. Pourtant la *névralgie sus-orbitaire* présente parfois une rare ténacité jusqu'à la fin de la convalescence et même au delà. Quant aux névrites périphériques isolées ou associées, elles ne se montrent que plus tard, comme conséquences de la maladie.

II. *Forme thoracique.* — « Si la grippe tue, c'est qu'elle frappe au thorax » (Galliard). Cet aphorisme montre, en sa concision, de quelle gravité sont le plus souvent les déterminations broncho-pulmonaires de l'influenza. Mais graves ou bénignes, elles empruntent au « génie » de la maladie des allures spéciales qui les distinguent cliniquement des rhumes, bronchites et pneumonies non grippales auxquels on a tenté, à diverses reprises, de les identifier.

Le mouvement fluxionnaire sur les organes respiratoires est soudain, violent et rapidement extensif.

Le *Coryza* diffère du coryza commun par l'abondance souvent extrême de l'écoulement séreux et parfois sanguinolent, par sa propagation immédiate aux sinus frontaux et maxillaires, aux voies lacrymales, à la conjonctive, par la céphalalgie intense qui l'accompagne (différente de la céphalalgie proprement dite de l'influenza sans catarrhe), céphalalgie surtout sus-orbitaire, s'étendant quelquefois au vertex, avec sentiment de plénitude et de tension, d'autres fois avec sentiment de déchirement et d'éclatement. L'*anosmie* est la règle et persiste longtemps après la guérison du coryza; de même pour l'*agueusie*. Cette perte prolongée du goût et de l'odorat est très remarquable dans la grippe, tandis qu'elle est insignifiante et tout à fait passagère dans le rhume ordinaire. La généralisation à l'arrière-gorge, aux trompes d'Eustache et à la caisse, au larynx, à la trachée, aux bronches, se fait en un temps très court.

La *Laryngite* se révèle par la raucité de la voix, l'aphonie, la chaleur locale, la douleur à la pression externe du larynx. Le malade éprouve une sensation presque incessante de chatouillement et de picotement qui provoque une toux quinteuse, répétée, fatigante.

Cette laryngite peut même revêtir, surtout chez les enfants, le forme *striduleuse* (v. c. m.) et constitue une forme de début. D'autres fois, mais exceptionnellement, il y a de la laryngite *œdémateuse*, du véritable œdème de la glotte (v. c. m.). Mais la guérison est ici habituelle.

L'inspection au miroir laryngé permet, dans les cas ordinaires, de constater la rougeur de l'espace inter-aryténoïdien, le gonflement des cordes vocales, etc. On a signalé des exulcérations sur la muqueuse et les cordes, avec paralysie passagère. Des abcès peuvent en être la conséquence.

La *Trachée* est bientôt prise à son tour et provoque la douleur rétro-sternale particulière à la trachéite, mais avec une sensation de sécheresse brûlante accompagnée de spasme trachéal tout à fait désagréable.

La *toux* est alors à son acmé et nous devons insister sur son caractère éminemment spasmodique, quinteux, coqueluchoïde, sans reprise cependant. « Elle est opiniâtre, déchirante, irrégulière, parfois suffocante, revenant par quintes comme dans la coqueluche, ébranlant douloureusement toute l'économie, provoquant un spasme très fatigant des bronches et augmentant les douleurs sternales ou pleurodyniques, et cette névralgie si remarquable des attaches du diaphragme qui entoure la poitrine comme d'une ceinture de douleur. » (Pétrequin, 1837). Chaque quinte exaspère aussi la céphalalgie et ébranle si péniblement toute la tête que le malade a la sensation qu'elle va éclater.

L'*expectoration* est nulle, ou à peu près, à cette période.

L'invasion descendante peut s'arrêter là et tout au plus intéresser les *grosses bronches* en même temps que la trachée. A la toux sèche du début succède alors une toux moins douloureuse, avec expectoration mousseuse, aérée, avec des mucosités pelotonnées ou nummulaires.

Mais le plus souvent l'arbre bronchique participe au processus inflammatoire et la *Bronchite* fait partie presque constamment du tableau clinique de la grippe, avec plus ou moins de prédominance.

Elle peut revêtir trois formes : bronchite aiguë simple, bronchite fibrineuse à fausses membranes, bronchite capillaire.

La *bronchite aiguë simple* intéresse les bronches de gros et de moyen calibre. Les signes stéthoscopiques sont ceux de la bronchite ordinaire dite à *frigore*. Mais outre les caractères de la toux déjà signalés, l'expectoration prend rapidement le caractère muco-purulent ou purulent, comme s'il s'agissait d'une bronchite ancienne. Les crachats sont opaques, gris-jaunâtres, compacts, privés de bulles d'air (Graves), nummulaires (Huchard). D'autre part, un signe qui n'appartiendrait qu'à la grippe, serait : la diminution du murmure vésiculaire aux deux bases apparaissant avant tout signe stéthoscopique de bronchite (Woillez, Ferrand, Rendu.)

La *bronchite fibrineuse à fausses membranes* (v. c. m.), signalée dans la grippe par Nonat (1837), offre dans cette maladie des moules bronchiques de couleur jaune ambré, comme certains caillots agoniques, non canaliculés, avec des bulles d'air emprisonnées et de structure leucocyto-fibrineuse au microscope<sup>1</sup>. Les signes physiques et fonctionnels sont ceux de ce genre de bronchite avec, en plus, les phénomènes généraux propres à la grippe et une tendance plus marquée à la bronchoplégie.

1. Dans la *diphthérie bronchique*, les moules sont blancs, opaques et souvent canaliculés, non aérés; au microscope, structure fibrino-épithéliale. Dans la *bronchite pseudo-membraneuse chronique*, ils sont blancs, transparents, souvent canaliculés, et histologiquement muco-albumineux, ou fibrineux, ou graisseux.



La *bronchite capillaire* (v. c. m.) s'observe surtout chez les enfants, les adultes affaiblis et les vieillards. Elle a d'autant plus dans la grippe le caractère asphyxique que l'affaïssement pulmonaire diminue encore l'accès de l'air. Le pronostic est toujours grave; et chez le vieillard et les débilités, toutes les réactions étant amoindries, la mort est à peu près fatale. — Rappelons que c'est dans des cas de catarrhe suffocant de nature cliniquement grippale que le coccobacille de Pfeiffer a été décelé à l'état de pureté, soit dans les crachats (Rendu, H. Meunier), soit dans le sang du poumon et d'une veine retiré par ponction (H. Meunier).

Nous avons déjà parlé d'un état particulier des bronches et des poumons, *Bronchoplégie, Affaïssement pulmonaire*, précédant et accompagnant les déterminations thoraciques de l'influenza, et comparable à l'*atélectasie*.

Ferrand le décrit ainsi : « Une diminution de perméabilité du parenchyme pulmonaire, avec augmentation de densité de ce parenchyme, s'étendant à un ou plusieurs lobes ou même à un poumon tout entier; cet état, que je crois être congestif et peut-être sous la dépendance d'une congestion nerveuse, m'a paru pouvoir entrer en résolution sans se caractériser davantage, tandis que, dans d'autres circonstances, il a manifestement précédé une altération véritablement pneumonique. »

Huchard, revenant sur la *paralysie du poumon* suivie de mort signalée par Graves en 1857, a observé, pendant l'épidémie 1889-90, cette paralysie bronchique ou pulmonaire qu'il appelle *forme bronchoplégique de la grippe*. Elle peut venir compliquer une localisation pulmonaire constituée, *bronchoplégie secondaire* par conséquent, le plus souvent mortelle. Mais le poison grippal peut frapper d'emblée les muscles bronchiques et donner lieu ainsi aux accidents les plus graves, *bronchoplégie primitive*, dont voici le tableau : dyspnée intense, respiration embarrassée, gros râles trachéo-bronchiques perceptibles à distance, aucun signe de bronchite ou de congestion pulmonaire à l'auscultation, pas de fièvre; asphyxie rapidement progressive, cyanose des extrémités, toux incessante et inefficace pour l'expulsion des mucosités bronchiques, asphyxie au bout d'une semaine.

Cet état de *broncho* et de *pneumoplégie* dominant souvent les déterminations thoraciques de la grippe et leur donnant une note caractéristique, il était nécessaire de les mettre ici en relief.

La *Congestion pulmonaire* (v. c. m.) est, dans la grippe, presque aussi fréquente que la bronchite.

On en distingue plusieurs modalités actives, ou passives. Elle peut aussi revêtir une *forme hémoptoïque*, caractérisée par le rejet d'une plus ou moins grande quantité de sang rouge, rutilant ou noirâtre, le plus souvent privé de bulles d'air.

La congestion *active* grippale est parfois *bilatérale* et, caractère clinique important, elle est souvent *centrale*, ce qui explique en grande partie ce désaccord entre l'intensité de la dyspnée et l'absence ou la bénignité apparente des lésions. Cette hyperhémie pulmonaire reste ainsi centrale pendant quelques jours et quand elle a fini par s'étendre jusqu'aux parties superficielles du poumon (c. corticale), on constate sa présence sur une petite étendue. On peut faire alors une erreur de pronostic en la jugeant sans aucune gravité et restreinte,

quand au contraire elle a pu envahir en bloc tout le centre du poumon (Huchard).

Elle peut être *erratique*, passant successivement de la base du poumon gauche à la partie moyenne du poumon droit, et de nouveau du poumon droit au sommet du poumon gauche (Gaucher).

Ces congestions actives se compliquent parfois d'*œdème pulmonaire* qui se traduit par : des râles extrêmement fins, surtout dans les grandes inspirations, qui commencent souvent à la base de la poitrine et qui envahissent rapidement de bas en haut la totalité du poumon; une expectoration abondante, mousseuse, le plus souvent sanguinolente, dont la signification pronostique est grave; l'existence d'un souffle lointain accompagné de râles très fins, *souffle crépitant*, sorte de bruit de taffetas (Huchard).

Les congestions *passives* évoluent sournoisement, sans point de côté, sans réaction inflammatoire, peu de fièvre et souvent ralentissement du pouls. Plus ou moins étendues, elles se prolongent plusieurs semaines, traînantes, tenaces, même en dehors de toute maladie du cœur ou des reins (Gaucher). Elles se réclament de la pneumoplégie propre à l'influenza.

On a observé aussi la *Splénisation pulmonaire* grippale. C'est tantôt la forme classique de Grancher, avec allures un peu spéciales; elle survient au cours de la grippe et se manifeste par un point de côté et des symptômes généraux graves. Tantôt elle complique la congestion passive : obscurité respiratoire ordinairement sans râles, souffle avec submatité et augmentation des vibrations thoraciques, fièvre et dyspnée intense et souvent crachats hémoptoïques. Elle persiste quelquefois indéfiniment et, si elle siège au sommet, peut simuler la tuberculose (Lemoine).

La *Bronchopneumonie* prend si souvent, dans la grippe, la forme pseudo-lobaire qu'il est ordinairement difficile de la distinguer de la pneumonie. Cependant elle peut garder sa personnalité clinique. Le début est moins brutal que dans la pneumonie, les signes stéthoscopiques indiquent des lésions moins massives et permettent de reconnaître les signes de la bronchite en même temps que les foyers d'induration. Les lésions sont moins fixes et l'on constate ces déplacements qui caractérisent la pneumonie dite migratrice ou érysipélateuse. L'asphyxie est plus marquée. Au lieu de crachats rouillés ou sucre d'orge, il y a une expectoration aérée, simplement striée de sang, quelquefois purulente. La température présente d'ordinaire des oscillations beaucoup plus grandes (Netter).

Chez les enfants, H. Meunier a souvent trouvé le diplobacille de Pfeiffer exclusivement, au moins au début; mais la surinfection banale ne tarde pas à se produire et assombrit singulièrement le pronostic.

Les *Déterminations pneumoniques* de la grippe sont de deux ordres, et il convient de les distinguer nettement :

a) Une *pneumonie lobaire franche*, type classique, peut éclater avec son imposant cortège soit au début, soit plus souvent au cours d'un état grippal où n'existait pas encore de localisation sur l'appareil broncho-pulmonaire. On retrouve d'ailleurs, soit dans les crachats, soit à l'autopsie, l'agent habituel, le pneumocoque. Cette pneumonie n'a donc rien de spécifique (Menetrier, Netter), mais elle emprunte au terrain sur lequel elle évolue certaines particularités d'allure : elle est le plus souvent très grave; elle s'accompagne plus fréquemment



de localisations extra-pulmonaires (pleurésies, péricardite, endocardite, méningite, otite, etc., pneumococciques); sa durée est ordinairement plus longue et elle se termine plus volontiers par suppuration ou gangrène. La résolution peut se faire avec une lenteur extrême, et on a vu des cas d'induration persistante.

b) Voici maintenant la forme à laquelle on peut vraiment réserver le nom de *pneumonie grippale* et qui n'est en réalité qu'une *broncho-pneumonie à forme pseudo-lobaire*, donnant les signes physiques de la pneumonie lobaire, tout au plus avec quelques nuances, mais dont l'évolution est toute différente et trahit l'allure de la broncho-pneumonie. C'est elle qu'ont en vue presque tous les auteurs qui ont parlé de la pneumonie grippale.

Elle présente une série de caractères que nous résumerons ainsi :

1° Elle n'est *jamais primitive*, au sens absolu du mot, ou plutôt au sens anatomique, car elle est toujours précédée d'une localisation bronchique plus ou moins légère de l'influenza. C'est en somme une propagation aux alvéoles de l'inflammation des bronches. C'est la marche descendante propre à la grippe, c'est la marche des broncho-pneumonies.

2° Elle n'est donc *jamais pure*, car elle s'accompagne de râles de bronchite plus ou moins persistants, et, quelquefois, plus ou moins loin de son foyer, de petits foyers de broncho-pneumonie.

3° Elle est souvent *bilatérale*, rarement d'emblée, quelquefois à un ou deux jours de distance, le plus souvent par foyers successifs, le second survenant quatre ou cinq jours après le premier, ou seulement au moment où le premier entre en résolution.

4° Elle a un *début insidieux*, sans frisson initial, quelquefois sans point de côté. La grippe générale durait déjà depuis huit ou dix jours quand une dyspnée plus ou moins forte ou un point de côté léger attire l'attention et fait découvrir le foyer pneumonique.

5° *Pas de crachats rouillés*, visqueux, adhérents, mais liquide muqueux, filant, aéré, médiocrement adhérent aux parois du vase, généralement peu abondant et ressemblant beaucoup plus aux crachats de la bronchite qu'à ceux de la pneumonie; parfois striés de sang.

6° *Irrégularité du tracé thermique*; fréquence de rémissions et poussées fébriles, en rapport avec le caractère suivant.

7° *Pas de marche cyclique*; elle procède par poussées, comme la broncho-pneumonie.

8° *Désaccord entre le pouls et la température* (Valleix). Le pouls est mou, sans résistance, souvent ralenti (Landau), au contraire du pouls large et plein de la pneumonie franche. Apyrexie possible.

9° Elle s'accompagne de *sueurs*, non seulement à la fin, mais pendant toute la durée: sueurs abondantes, parfois profuses, venant par accès; dans quelques cas, le malade est constamment en transpiration.

10° *Prolongation considérable* de la maladie, avec persistance de signes physiques. Elle dure dans tous les cas toujours plus de 3 semaines avec, au déclin, sueurs nocturnes abondantes, troubles nerveux variés, céphalée, rachialgie, insomnie, lassitude extrême.

11° *Fréquence, multiplicité et gravité* des complications.

12° *Fréquence des abcès et de la gangrène* du poumon (secondaire).

On n'a pas trouvé ici en 1890 le bacille de Pfeiffer, car il n'était pas connu. Mais on n'a pas trouvé non plus d'autres microorganismes, en particulier le pneumocoque ou le streptocoque (Duponchel, Gaucher, Thoinot). Mais de même que les broncho-pneumonies, les pneumonies, pfeiffériennes au début, peuvent rapidement se compliquer d'infections secondaires dont on retrouve alors les agents.

La *plèvre* n'échappe pas à la grippe, qui peut y déterminer soit des épanchements séro-fibrineux et purulents, soit de la pleurite sèche.

Les pleurésies *séreuses*, qui se produisent en même temps que la congestion pulmonaire ou à son déclin, comme une crise, n'ont rien de particulier cliniquement.

Les pleurésies *purulentes*, rares d'emblée, sont le plus souvent consécutives à des phénomènes de broncho-pneumonie, et empruntent à l'agent secondaire qui les a produites (pneumocoque ou streptocoque) leur allure clinique. Elles sont assez souvent interlobaires, diaphragmatiques, bref partielles et enkystées. Aussi les *vomiques* ne sont-elles pas rares; mais les vomiques peuvent provenir d'abcès du poumon.

Les pleurésies *sèches*, primitives ou secondaires, sont ordinairement unilatérales, quelquefois bilatérales. Elles peuvent occuper le premier plan de la scène à l'exclusion des manifestations pulmonaires. Laurent les décrit ainsi: Début par point de côté brusque, lancinant, des deux côtés de la poitrine et au foyer d'élection diaphragmatique, sous-mammaire, rétro-mammaire, rétro-sternal supérieur, interscapulaire, cervico-claviculaire, augmentés par la pression d'un seul doigt. Au cinquième jour, frottements pleuraux très légers, comparables à des râles sous-crépitaux fins, mais à timbre doux. Intégrité du poumon: le murmure demeure d'une pureté remarquable. Quoique se produisant sur la surface entière des deux poumons, ces frottements ont une zone d'élection triangulaire, à sommet axillaire, à base costo-diaphragmatique. Leur intensité semble diminuer de haut en bas. Ils peuvent persister de trois à dix semaines, jusqu'à une année. Ils peuvent disparaître pour reparaitre plus tard. Ils ne s'accompagnent jamais de fièvre.

III. *Forme gastro-intestinale*. — Fréquemment font partie de l'attaque d'influenza ces phénomènes gastro-intestinaux communs à bien des infections, et on serait tenté de porter le diagnostic d'embarras gastrique simple, n'était l'état général de courbature et de prostration inséparable de toute forme, quelle qu'elle soit, de la grippe, n'était aussi la langue grippale (Faisans) dont nous avons donné les caractères et qu'on retrouve sous la saburre plus ou moins épaisse. Mais quelquefois les symptômes digestifs prédominent en se manifestant au maximum et constituent une véritable forme abdominale.

L'inappétence est absolue, la soif très vive. La langue, très chargée, peut même être sèche dans les cas graves.

Les phénomènes d'intolérance gastrique apparaissent dès le début. Les *vomissements* se montrent à la suite de l'ingestion des médicaments, de la moindre cuillerée de liquide et même spontanément, vomissements bilieux qui laissent de pénibles nausées; même quand l'estomac ne contient plus rien, le malade continue à faire des efforts: « il vomit à vide ».

En même temps s'accuse au niveau de l'estomac une douleur soit simplement



gravative, soit aiguë, souvent sous forme d'*accès de gastralgie* avec irradiations dans tout l'abdomen et la région dorsale (douleur en broche); l'épigastre est très douloureux à la palpation.

La constipation, habituelle au début, fait bientôt place à une *diarrhée* plus ou moins intense, coliques intestinales violentes, ténésme incessant, crampes de l'abdomen et des membres, refroidissement des extrémités. Le facies se grippe et on a véritablement sous les yeux le tableau du choléra. En effet, l'influenza peut simuler le *choléra* ou l'*intoxication stibiée*.

Elle peut aussi affecter quelquefois une ressemblance avec la *dysenterie* : on a signalé le *melœna*, la diarrhée sanguinolente, la rectite dysentérique, la gastro-entérite ulcéreuse hémorragique.

Enfin les symptômes abdominaux peuvent être tels que, joints à la stupeur, à l'insomnie, à l'agitation et au délire; ils peuvent en imposer pour une *fièvre typhoïde*. D'autant qu'au ballonnement du ventre, à la diarrhée, à la douleur dans la fosse iliaque droite, à la congestion du foie, à l'hypertrophie douloureuse de la rate, viennent s'ajouter les épistaxis, la bronchite, l'urine albumineuse et les *taches rosées lenticulaires*. On fait bien ressortir la brusquerie du début, mais elle n'est pas toujours évidente. De sorte que bien souvent le diagnostic reste en suspens. Bien plus, on a vu de véritables dothiéntéries succéder à une grippe abdominale du 8<sup>e</sup> au 15<sup>e</sup> jour (Moissenet, Hérard, Brochin, Potain)<sup>1</sup>, et j'ai moi-même assisté à une série de cas dont on ne pouvait dire s'il s'agissait de grippe à forme typhoïde ou de dothiéntérie légitime, la grippe sévissant à ce moment en même temps que la fièvre typhoïde. C'était, selon toute apparence, une combinaison des deux, des « fièvres typhoïdes matinées d'influenza » (Hanot). Ces formes étaient particulièrement graves, et l'autopsie montrait les lésions de la dothiéntérie; quelques-unes cependant guérirent après une courte durée, véritables gripes typhoïdes, celles-là.

Un pareil diagnostic serait singulièrement facilité aujourd'hui par le séro-diagnostic de Widal. Mais, dans certains cas, fût-il positif, on n'aurait peut-être pas le droit, tout en reconnaissant la réalité de la fièvre typhoïde, de rejeter toute participation de la grippe au processus si la clinique avait nettement parlé en sa faveur.

On a décrit encore une forme de *grippe abdominale* d'une très grande gravité qui s'accompagne de météorisme avec constipation, due sans doute à une paralysie du système nerveux de l'intestin (Lemoine).

**Épiphénomènes et complications.** — Il nous reste à passer en revue quelques déterminations de la grippe susceptibles d'apparaître en une quelconque des formes et qui ne sont que des symptômes surajoutés ou des complications.

**Appareil respiratoire.** — L'*endocardite* et la *péricardite* sont rares et

1. « Il n'est pas rare, surtout si ces deux affections règnent simultanément à l'état épidémique, de les voir succéder l'une à l'autre, soit que la fièvre typhoïde vienne à se développer intérieurement en pleine évolution de la grippe, comme si celle-ci lui avait en quelque sorte préparé et ouvert les voies, à titre de prédisposition, soit que, les deux maladies ayant été contractées en même temps, la période d'incubation de la fièvre typhoïde étant beaucoup plus longue généralement que celle de la grippe, la première de ces affections n'accuse sa présence que lorsque l'autre a déjà parcouru une partie de son cycle. »

relèvent sans doute des infections secondaires. La *myocardite* parenchymateuse a été parfois constatée à l'autopsie.

L'*artérite* n'est pas exceptionnelle et on l'a vue produire la gangrène des membres inférieurs. Elle peut frapper l'aorte, l'artère centrale de la rétine, les artères cérébrales.

La *phlébite* a été signalée par plusieurs auteurs, sans pneumonie antérieure. (Troisier, Rendu), ou consécutivement à la pleuro-pneumonie (Ferrand, Bucquoy, Rendu, Galliard, Antony.)

Les *hémorragies* (épistaxis, hémoptysies, hématoméses, entérorragies, hématuries, métrorragies), sont fréquentes, parfois si abondantes, si répétées qu'on pourrait penser à une forme hémorragique de la grippe. En général, cependant, elles ne sont pas graves comme dans les autres maladies infectieuses; elles semblent plutôt être sous la dépendance du molimen congestif caractéristique de l'influenza.

**Exanthèmes.** — Nous avons déjà signalé les *taches rosées lenticulaires* dans la forme typhoïde; on peut les retrouver, à titre de simple éruption, dans des cas où les symptômes abdominaux ne sont pas prédominants. Mais ce sont surtout des *rashes* qu'on observe dans les premiers jours de la maladie, avec ou sans angine, et avec une fréquence variable selon les observateurs, surtout chez les enfants et les adolescents; ils peuvent être *scarlatiniformes*, ou *morbilliformes*, ou *mixtes*; ils ne sont que rarement suivis de desquamation. On a signalé aussi l'*érythème polymorphe*, avec ou sans arthropathies, l'*érythème papuleux*, les *exanthèmes pityriasiformes* et *vésiculeux*, l'*urticaire*, le *rash purpurique*, le *purpura*, les *sudamina*, l'*herpès*, le *zona*. L'*érysipèle* et la *furunculose* ont pu quelquefois survenir comme complications pendant la convalescence.

**Articulations.** — Le *pseudo-rhumatisme* infectieux a été vu dans la grippe par J. Teissier, Ollivier, Huchard, sous forme d'arthralgies, de monoarthrites, de polyarthrites subaiguës, pouvant s'accompagner de troubles cardiaques. Il guérit vite en général par les salicylates et leurs succédanés. Hanot a rapporté un cas d'arthrite suppurée à streptocoques.

**Appareil digestif.** — La bouche et les dents peuvent présenter des lésions variées: *stomatites* aphteuse, ulcéro-membraneuse, *périostite* alvéolo-dentaire, *glossite* phlegmoneuse, *pharyngite* érythémateuse simple, *amygdalite*, enfin *angines* de diverse nature, même herpétique, mais en général bénignes et de courte durée.

On sait le rôle qu'on a voulu, dans ces dernières années, faire jouer à la grippe, comme cause déterminante ou provocatrice de l'*appendicite*. Quelques arguments qu'on ait apporté, il est permis de rester dans le doute à cet égard.

L'*hépatite* ou l'*ictère* catarrhal ne se montrent qu'exceptionnellement et chez des sujets dont le foie est tout désigné aux diverses infections par des intoxications ou des atteintes antérieures.

La *péritonite* suppurée a quelquefois accompagné la pleurésie purulente, ou quelque streptocoécie endocardique, péricardique, splénique même, ou une lésion pulmonaire.

**Appareil respiratoire.** — Nous n'avons à signaler, comme complication de la forme thoracique, que la *gangrène* pulmonaire, la *pleurésie putride* et le