

voit ou imagine, il est plongé dans le plus profond désespoir; d'autres fois il est pris de colère furieuse. Il a presque toujours une insomnie complète et une loquacité qui n'est pas naturelle. On peut assister à des actes de folie, à des hallucinations, et aussi, dit-on, à des envies de mordre. Les traits ont une expression anxieuse et égarée; les sourcils sont énergiquement froncés; le regard est fixe; les commissures des lèvres sont déviées; toute la personne du malade offre un aspect hagard effrayant.

A mesure que l'affection fait des progrès, les paroxysmes croissent en fréquence et en gravité, et l'état mental tourne à la folie. Chaque paroxysme est suivi d'une grande prostration. La durée de cette seconde période varie de vingt-quatre à quarante-huit heures; elle est rarement plus longue.

SYMPTÔMES DE LA TROISIÈME PHASE.

Cette troisième période ou période de paralysie est la dernière. Elle est caractérisée par un état de dépression et d'épuisement qui s'accroît rapidement et par la fréquence de plus en plus rapprochée des paroxysmes; le pouls est maintenant petit, rapide et souvent irrégulier; la peau se couvre d'une sueur visqueuse, le regard est stupide et morne, les pupilles sont dilatées. Le malade s'émacie vite. La bouche reste béante et laisse la salive découler au dehors; lorsqu'au contraire la salive tombe en arrière dans la gorge, elle donne lieu à un bruit de glou-glou en même temps qu'à un sentiment de suffocation et d'étouffement. La mort est le fait de l'asphyxie durant un paroxysme convulsif, ou succède simplement à l'épuisement.

Il arrive aussi qu'abattu par tant de secousses, le malade s'endorme et expire subitement en se réveillant.

La durée de l'hydrophobie, ou, pour mieux dire, celle de sa période de développement, varie de trois à six ou neuf jours, et même plus dans quelques cas. On a vu la mort survenir au bout de seize heures, mais généralement elle ne survient que le troisième ou le quatrième jour.

La description précédente des symptômes de l'hydrophobie est basée sur les écrits de Poland, de Tanner, de Fleming, de Dolan, de Virchow et d'autres auteurs qui ont eu l'occasion de traiter des cas d'hydrophobie dans leur pratique. Pour me servir d'une expression de

Bigelow, « en fait, une description est la copie d'une autre ».

Anatomie pathologique de l'hydrophobie.

Le Dr Dolan rapporte que, le 15 mai 1877, le Dr Gowers a présenté à la Société pathologique de Londres, une série de coupes microscopiques mettant en lumière les modifications histologiques de la moelle allongée et de la moelle épinière dans quatre cas de rage.

Dans les quatre préparations, les vaisseaux de la substance grise avaient subi une dilatation considérable, principalement au voisinage des noyaux gris de la moelle, et du plancher du quatrième ventricule. Dans trois cas, les grosses veines de cette région offraient des agglomérations de petites cellules dans la gaine lymphatique périvasculaire. Des éléments cellulaires analogues étaient infiltrés dans les tissus au milieu des éléments nerveux, et dans certains points, notamment au voisinage des noyaux de l'hypoglosse, on constata des agglomérations serrées de ces cellules constituant à vrai dire des abcès miliars. D'autres agglomérations semblables, mais moins importantes, furent rencontrées parmi les fibres originaires des nerfs grand hypoglosse et glosso-pharyngien.

Les paroxysmes de l'hydrophobie affectent l'appareil respiratoire tout entier, et dans les faits du Dr Gowers, les lésions histologiques étaient particulièrement bien marquées dans la région du « centre respiratoire » dans la moelle; la préparation qui les montrait le mieux caractérisées correspondait à un cas où le diaphragme avait été profondément altéré.

Clifford Allbutt et Cheadle ont également décrit des altérations de la moelle épinière conformes aux observations du Dr Gowers. Benedikt, de Vienne, et Wassilief, de Saint-Petersbourg, ont signalé des lésions inflammatoires du côté du cerveau; d'autre part, Nepveu a noté de la congestion des tubes nerveux au voisinage de la plaie et des lésions inflammatoires des glandes salivaires. Coats, de Glasgow, a observé de l'hypérémie des reins avec accumulation de globules blancs. Selon Cooper Forster, la dilatation du pharynx est la seule lésion macroscopique importante.

Le Dr Bigelow est d'avis que les modifications anatomo-pathologiques constatées dans l'hydrophobie ne sont pas les facteurs essentiels et primitifs du développement des phénomènes symptomatiques, mais sont probablement des lésions secondaires résultant de la

terrible désorganisation que la maladie apporte aux fonctions des systèmes respiratoire, vasculaire et nerveux. C'est pourquoi il est difficile d'accorder à ces phénomènes quelque valeur dans la détermination de la pathogénie de l'affection. Il ajoute que si ces recherches nous ont fourni de nouveaux et importants documents, elles ne nous permettent pas encore d'affirmer positivement que nous ayons trouvé une lésion caractéristique pathognomonique de l'hydrophobie. (Middleton, de Glasgow, professe les mêmes opinions.)

Enfin, en juillet 1874, W. Hammond a entrepris des recherches (1) sur le même sujet, et voici le résumé qu'il en a donné lui-même (2).

« Avant de commencer la description des lésions microscopiques, je dois dire que, en enlevant la voûte crânienne, je trouvai les membranes du cerveau congestionnées, mais il n'y avait pas trace d'effusion séreuse anormale ni dans l'espace sous-arachnoïdien, ni dans les ventricules. La substance cérébrale ne paraissait que légèrement congestionnée, mais sa consistance, surtout celle des couches corticales, était un peu moindre qu'à l'état normal.

Le cervelet paraissait sain, comme aussi la protubérance, le corps strié, les couches optiques et les autres ganglions nerveux, à l'exception de la moelle allongée qui semblait légèrement ramollie. Les méninges correspondantes et la partie supérieure de la moelle épinière étaient congestionnées.

Je pris pour l'examen :

- 1° Des parties de la substance corticale du cerveau;
- 2° Des coupes du corps strié;
- 3° Des sections des couches optiques;
- 4° Des sections du cervelet;
- 5° La protubérance;
- 6° Le bulbe;
- 7° Une coupe de la moelle épinière au niveau de la seconde paire des nerfs cervicaux;
- 8° Une partie du nerf pneumogastrique au cou.

1° *Substance corticale du cerveau.* — J'ai fait l'examen de ces parties sur des coupes, après macération dans l'alcool absolu pendant dix-huit heures, dans des tubes de verre entourés de glace. Sur toutes ces coupes (fig. 39) j'ai noté les caractères suivants avec un objectif d'un quart de pouce :

(1) W. Hammond, *Proceedings of the New-York neurological society*, 7 juillet 1874. — *Psychological and medico-legal journal*, p. 169, sept. 1874.

(2) W. Hammond, *Traité des maladies du système nerveux*, trad. par Labadie-Lagrave. Paris, 1879, p. 763.

Encycl. de chirurgie.

a. Les vaisseaux sanguins étaient augmentés de volume et de nombre et leurs parois paraissaient épaissies.

b. Il y avait de petites extravasations de sang; en quelques points, les globules sanguins pouvaient encore être facilement aperçus.

c. La couche externe de cellules nerveuses



Fig. 39. — Coupe verticale de l'écorce du cerveau. — 1. Couche extérieure ou périphérique. — 2. Seconde couche. — 3. Troisième couche ou zone des grandes cellules.

avait été presque entièrement remplacée par une substance grasseuse, infiltrée sous forme de globules huileux. Les cellules nerveuses étaient remplies d'une substance granuleuse très réfringente qui était aussi constituée par des particules granulo-graisseuses. Aucune de ces cellules n'était pourvue de deux noyaux. Il y avait en outre des corpuscules amyloïdes généralement à la jonction de cette couche avec la suivante.

d. La seconde couche de cellules avait été aussi remplacée en certains points par de la graisse, mais en moindre proportion que dans la couche externe. Or, on sait que cette couche est composée de cellules plus nombreuses et plus grandes que celles de la couche externe; leur atrophie et leur disparition partielle n'étaient pas douteuses.

e. La troisième couche, composée de larges cellules, était à peine altérée. J'y trouvai quelques globules graisseux et ça et là un corpus-

culé amyloïde. Les autres couches ne me paraissent pas affectées (Voyez fig. 39).

2° Le *corps strié*, la *couche optique* et le *cervelet* paraissaient normaux, quoiqu'il y eût quelques traces d'injection artérielle.

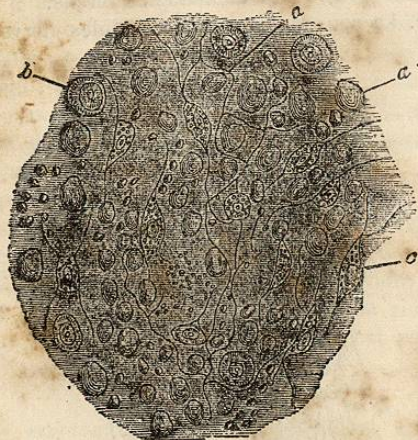


Fig. 40. — Coupe de corps olivaires au niveau du quatrième ventricule. — a. Globules huileux. — b. Corps amyloïdes. — c. Cellules nerveuses. — d. Vaisseaux sanguins.

3° La *protubérance* ne fut pas examinée à l'état frais, mais durcie dans une solution de bichromate de potasse.

En l'examinant après son durcissement, je constatai qu'elle était le siège d'extravasations sanguines, et que le calibre de ses vaisseaux était élargi et leurs parois épaissies.

4° La plus grande partie de la *moelle allongée* fut aussi plongée dans une solution de bichromate de potasse; plusieurs coupes furent faites après durcissement dans l'alcool absolu entouré de glace pendant vingt-quatre heures.

a. La première de ces coupes fut pratiquée sur les corps olivaires, au niveau du quatrième ventricule, comprenant ainsi les noyaux des nerfs pneumogastrique et hypoglosse (fig. 40).

De nombreuses extravasations sanguines pouvaient être aperçues à l'œil nu; mais, avec un objectif d'un pouce, on les distinguait plus clairement. Les vaisseaux étaient élargis et plus nombreux qu'à l'état normal.

La substance formant les noyaux des nerfs pneumogastrique et hypoglosse offrait l'apparence granuleuse, et les racines de ces nerfs présentaient un aspect analogue. A d'autres égards, la coupe ne montrait rien d'anormal.

b. En l'examinant avec un objectif d'un quart de pouce, je vis que cette matière granuleuse des noyaux bulbaires était constituée par des

corpuscules amyloïdes et des globules huileux. Les cellules étaient atrophiées et paraissaient avoir diminué de nombre. En effet, elles avaient presque entièrement disparu. Naturellement il n'était pas possible, sur une coupe fraîche et non préparée, de se faire une idée exacte de la proportion relative des cellules nerveuses et des cellules de la névroglie; mais l'altération n'en était pas moins très manifeste.

c. Les racines nerveuses avaient subi une altération analogue, la matière granuleuse était



Fig. 41. — Coupe longitudinale des racines des nerfs bulbaires.

entièrement transformée en graisse, principalement sous forme de globules huileux (Voyez fig. 41).

Des coupes faites immédiatement au-dessous du niveau du bec du *calamus scriptorius*, comprenant les racines principales du nerf spinal ainsi que son noyau d'origine, présentaient presque exactement la même apparence.

5° *Moelle épinière*. — La section de la moelle fut faite transversalement entre le premier et le second nerf cervical. La substance grise des cornes antérieures et postérieures était en voie de dégénérescence granulo-graisseuse, les cellules étaient atrophiées et les racines nerveuses présentaient une altération semblable. Dans la substance blanche des cordons antérieurs les noyaux des cellules de la névroglie étaient proliférés (fig. 42).

6° La partie périphérique du *nerf pneumogastrique*, détachée avec beaucoup de soin par mon

chef de clinique, et mise dans de l'alcool rectifié, offrait une apparence rouge qui était peut-être due à l'imbibition cadavérique. »



Fig. 42. — Altérations des cellules nerveuses de la moelle épinière.

On a conjecturé, d'après le Dr W. Hammond (1), que l'hydrophobie peut commencer par une maladie du sang et finir comme une maladie nerveuse. « La nature du virus de l'hydrophobie n'est pas connue. Il constitue probablement une espèce de ferment. »

D'autre part, le Dr Barry dans ses recherches expérimentales rejette comme contraire à toute analogie l'idée que le poison de l'hydrophobie puisse être mêlé au sang et absorbé avec lui.

Diagnostic de l'hydrophobie.

Le Dr Dolan affirme que les symptômes de l'hydrophobie sont si nettement caractérisés qu'ils ne sauraient être confondus avec ceux d'aucune autre maladie.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'HYDROPHOBIE ET DU TÉTANOS.

Cependant les Drs Holland et Shinkwin ont posé les indications suivantes pour la différencier du tétanos :

1° Le tétanos résulte de lésions de caractère très variable.

2° Les manifestations du tétanos suivent à un court intervalle de temps, rarement plus d'une semaine, la

(1) Hammond, *Traité des maladies du système nerveux*, trad. par Labadie-Lagrave. Paris, 1879, p. 772.

blesure qui a été l'occasion de leur production, tandis que dans les 120 cas d'hydrophobie recueillis par le Dr Holland, le plus court intervalle entre la morsure et les premières manifestations de la rage a été de douze jours, le plus long de trois cent trente-quatre jours, et la moyenne de soixante et un jours et huit heures.

3° L'anxiété, l'horreur et les convulsions à la vue des liquides ne se voient jamais dans le tétanos.

4° Dans le tétanos, quelques-uns des muscles sont souvent en état de rigidité, et les convulsions se renouvellent à des intervalles beaucoup plus rapprochés que dans la rage.

5° Le délire est un phénomène très rare dans le tétanos, puisqu'on l'a observé seulement huit fois sur 120 cas; c'est un phénomène fréquent dans la rage.

6° La sécrétion de la salive est rarement accrue dans le tétanos.

7° Dans le tétanos, les muscles de la mâchoire inférieure sont fréquemment contracturés.

8° L'opisthotonos ou l'emprostotonos sont une terminaison fréquente du tétanos.

9° Selon la remarque de Fleming, tandis que le tétanos est physiologiquement une maladie qui frappe exclusivement le système nerveux spinal, la rage affecte en outre le cerveau, comme le démontre le désordre des fonctions intellectuelles et sensorielles même au début de la maladie.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'HYDROPHOBIE ET DE L'ŒSOPHAGITE.

Pour distinguer l'hydrophobie de l'œsophagite, le Dr Holland fournit les éléments de diagnostic suivants :

Dans l'œsophagite.

1° Les douleurs dans le pharynx, dans la gorge ou le long de l'épine dorsale surviennent comme un symptôme constant et le plus précoce de tous.

2° La déglutition des aliments solides cause une douleur intense, et dans les cas graves l'absorption des liquides ne s'accomplit pas non plus sans souffrance, elle peut même être totalement impossible.

3° L'horreur des liquides paraît avoir été constatée dans un cas.

4° La difficulté pour avaler est en proportion directe de l'étendue et du degré des lésions pathologiques trouvées dans l'œsophage.

5° La sécrétion salivaire est abondante, l'expectoration est difficile, mais l'époque de l'apparition de ces phénomènes est variable.

6° On observe dans presque tous les cas une soif ardente.

7° La durée moyenne de la maladie est de sept jours.

8° La guérison est la règle.

9° La mort est causée par l'œdème de la glotte, la gangrène ou la perforation de l'œsophage.

Dans la rage.

1° Les douleurs du pharynx, de la gorge, ou de la colonne vertébrale ont été observées seulement dans 42 cas sur 120, c'est-à-dire environ dans le 1/3 des cas, et non comme un symptôme précoce.

2° L'absorption des liquides ne s'accompagne généralement pas de douleurs intenses, mais elle cause de la dyspnée, des convulsions, etc., tandis que l'absorption des solides s'accomplit, dans la plupart des cas, avec une facilité relative.

3° L'horreur des liquides a paru le symptôme le plus frappant dans 119 cas sur 120.

4° Il n'y a pas de rapport direct entre les lésions pathologiques de l'œsophage constatées après la mort, et l'intensité de la dysphagie.

5° La sécrétion salivaire est considérablement augmentée; la salive découle souvent spontanément de la bouche; ces phénomènes sont souvent primordiaux.

6° Une soif ardente n'a été observée qu'environ dans 1/3 des cas.

7° La durée moyenne de la maladie est de sept jours.

8° La terminaison est toujours fatale.

9° La mort doit être attribuée plus probablement à l'asphyxie, au coma ou au collapsus.

Fleming conclut: qu'en vérité, il n'est pas possible de confondre l'hydrophobie avec une autre maladie, ou de ne pas la reconnaître quand elle existe; que, si durant la période d'incubation, des doutes et des craintes peuvent légitimement s'élever dans l'esprit, toute incertitude doit disparaître quand la maladie se déclare réellement.

Pronostic.

L'hydrophobie est considérée comme l'une des maladies les plus graves qui affligent l'humanité. On a été jusqu'à affirmer que nous ne possédions aucun fait bien authentique de guérison. Le Dr Dolan a objecté à cela que l'évidence de la guérison de certains cas d'hydrophobie s'impose avec autant de force que l'existence de l'hydrophobie elle-même: « Nier l'existence de certaines guérisons, est simplement nier l'existence de la maladie. Nous ne connaissons la rage que par des symptômes et par la description qu'ont donnée de ces symptômes les praticiens qui ont eu à la traiter. Si l'évidence s'impose que la maladie existe et a trop souvent une terminaison fatale, il n'est pas plus douteux que le Dr Offenbourg a décrit une manifestation rabique chez un malade qui a guéri, et que le Dr Austin Flint a publié un cas semblable. »

Le Dr Bigelow écrit ceci: « Les expériences de deux médecins russes, les Drs Schmidt et

Zehender, qui ont obtenu une guérison bien authentique d'un cas d'hydrophobie par l'emploi de l'oxygène, inspirent l'espoir que la science a enfin trouvé la véritable clef physiologique, et que désormais, en présence d'une manifestation bien caractérisée de la maladie, le praticien pourra agir avec l'espoir raisonnable d'une terminaison heureuse.

Traitement de l'hydrophobie.

Il comporte un traitement préventif et un traitement curatif.

TRAITEMENT PRÉVENTIF.

Le principe essentiel qui engendre l'hydrophobie réside dans le liquide buccal de l'animal enragé et non dans la blessure causée par ses crocs, le premier moyen à employer pour prévenir l'introduction du virus dans l'organisme est une prompte succion de la plaie, de manière à soustraire immédiatement les tissus à son action. La personne mordue devra se sucer elle-même, et se rincer ensuite la bouche après avoir craché son contenu; par la répétition de ces manœuvres, elle cherchera à se débarrasser le plus complètement possible du poison. Lorsque la situation de la blessure le permettra, on exercera une compression entre elle et le cœur; la plaie sera lavée soigneusement. Une bande ou un mouchoir bien serrés pourront être appliqués au-dessus de la blessure, en même temps qu'on agira sur elle par une aspiration énergique avec une ventouse.

On aura recours à la cautérisation le plus tôt possible et en se servant préférablement du fer rouge. Dans ce but, on pourra utiliser une lame de couteau, un clou, un tisonnier; le fer sera chauffé à blanc, et toute la surface de la plaie cautérisée à fond, dans le plus court intervalle de temps possible après l'accident.

Le Dr Bigelow donne la statistique suivante qu'il a prise à Fleming: En Algérie, sur 16 cas d'immunité, dans 14, les blessures faites par des animaux enragés furent cautérisées plus ou moins rapidement; trois personnes furent cautérisées vingt-quatre heures après avoir été mordues; une quatrième ne le fut que trente-six heures après. Le tableau ci-dessous détaille les 16 cas:

Immunité après cautérisation immédiate avec le fer rouge.....	7
Immunité après cautérisation immédiate avec la poudre à canon.....	1

Immunité après cautérisation un peu tardive avec le fer rouge.....	1
Immunité après au moins 24 heures.....	3
Immunité après au moins 36 heures.....	1
Immunité après cautérisation immédiate avec le muriate d'antimoine au bout de 3 heures.....	1
Immunité sans avoir pris aucune précaution.	2

En résumé, il est permis de supposer que dans la moitié de ces cas, l'immunité a été due à la cautérisation immédiate, dans les 3/8 à une cautérisation tardive, tandis que, dans le 1/8 restant, les blessés ont échappé aux accidents sans aucun traitement. Hugo parle de sept personnes qui furent mordues par un chien enragé; trois se firent cautériser vingt-quatre heures après, et les quatre autres se cautérisèrent elles-mêmes avec deux tiges de fer rougies au feu; toutes guérirent. Le même chien se jeta sur un enfant de douze ans, dont les blessures ne furent pas soignées, et qui mourut d'hydrophobie.

L'excision est fortement préconisée par Foot, Fleming, Abernethy et autres. Foot possède huit observations d'excision. Dans un cas, elle fut pratiquée immédiatement; dans un autre, six heures après l'accident, mais, dans aucun des huit cas, elle ne fut pratiquée plus de soixante-douze heures après. Lorsque l'excision est jugée dangereuse à cause du voisinage de gros troncs vasculaires ou nerveux, l'emploi des caustiques est indiqué. Presque tous les caustiques en usage ont été recommandés par différents chirurgiens comme ayant donné de bons résultats dans leurs mains. C'est le lieu de faire remarquer que l'immense majorité des morsures n'est pas suivie d'hydrophobie, et que, d'autre part, l'hydrophobie peut se montrer après l'excision complète des parties atteintes. M. Youatt avait une grande confiance dans le nitrate d'argent. Il avait été mordu sept fois, et chaque fois il se contenta de cautériser soigneusement la plaie avec du nitrate d'argent.

Duboué, de Pau, insiste sur l'emploi à l'intérieur de fortes doses de bromure de potassium, tous les jours, durant la période d'incubation.

TRAITEMENT CURATIF.

Dès que le virus commence à manifester ses effets sur l'organisme, la seconde période ou période de développement se déroule. Il convient alors de placer le malade dans une chambre obscure, de le maintenir au repos, d'écartier

toutes les causes d'irritation et de soutenir ses forces.

Le Dr Watson, de Jersey-City (1) rapporte un cas qui fut considéré par lui et par le professeur Austin Flint comme une manifestation non douteuse d'hydrophobie. Ils injectèrent sous la peau un seizième, puis un neuvième et enfin un sixième de grain de curare, et après cette dernière injection les symptômes défavorables disparurent et le malade recouvrit complètement la santé.

Offenbourg et Polli mentionnent aussi des exemples de guérison de l'hydrophobie par l'emploi d'injections hypodermiques de curare.

Dolan cite le cas d'une femme de vingt-quatre ans, qui fut mordue par un chien qu'on supposa être enragé et qui guérit après sept injections de chacune un tiers de grain de curare qui lui furent pratiquées en l'espace de 4 heures 35 minutes.

Dans un cas d'hydrophobie, pour lequel j'avais été appelé en consultation par le Dr Carroll, et dont j'ai publié l'observation (2), nous atténuâmes les spasmes par l'inhalation de nitrate d'amyle.

« Il s'agissait d'un homme de trente ans qui avait été mordu à la face dorsale de son annulaire gauche, le 1^{er} janvier 1877, par un chien terrier enragé. Le 20 mars suivant, 79 jours après l'accident, la cicatrice rougit et enfla, et, dans la matinée du jour suivant (21 mars), une éruption se déclara qui disparut le 26. Dans la matinée du 28, l'homme présenta des signes d'excitation furieuse; son pouls devint rapide et petit, à raison de 140 pulsations par minute; la peau était moite et froide, la contenance anxieuse. Il essaya vainement de boire une tasse de lait; il lui fut impossible de saisir le bol avec la main et il nous supplia d'une manière étrange et convulsive d'éloigner le liquide. A ce moment, je lui fis inhaler 25 gouttes de nitrate d'amyle. Pendant le temps de l'évaporation le malade dit: « Que m'avez-vous donné? cela me court tout autour de la tête. » Au bout de 2 ou 3 minutes, le pouls tomba à 88, et la respiration redevenit presque naturelle; un calme parfait sembla s'établir. Je lui demandai s'il croyait pouvoir boire du lait et il me répondit affirmativement. Le lait fut apporté, il en avala une pinte avec une grande facilité; sur sa demande, on lui en redonna une demi-pinte avec deux onces d'eau-de-vie; après avoir bu le tout, il pria encore l'un des assistants de lui verser un verre d'eau. On alla chercher la cruche à eau, et je remplis un verre devant lui. Il le prit très posément, le but avec de grandes marques de satisfaction, et me le tendit

(1) Watson, *American Journal of the medical sciences*, July 1876.

(2) *American Journal of the medical sciences*. N° d'avril 1878.

pour que je le remplisse. Il le vida de nouveau en s'écriant : « Que c'est donc bon. » Je restai près de lui deux heures, et, pendant tout ce temps, il continua à être parfaitement calme et prit même quelque sommeil. Au bout de ce temps, son pouls devint plus rapide et sa respiration plus fréquente. Je l'interrogeai s'il désirait un peu d'eau-de-vie et d'eau. Cette simple demande provoqua chez lui une grande excitation, qui se changea en crainte lorsqu'on lui présenta le liquide et il s'écria spontanément. « Non ! non ! pas avant d'avoir respiré cette drogue », comme il appelait l'amyle. On lui en fit respirer immédiatement et on assista aux mêmes phénomènes favorables que la première fois ; son pouls tomba, sa respiration s'apaisa, il avala une demi-pinte de lait, trois œufs crus, une demi-once d'eau-de-vie, tout cela sans aucune difficulté et avec un grand plaisir. Puis il s'endormit et je le quittai.

J'y retournai le lendemain à 9 heures du matin après avoir obtenu du D^r John Ashburst qu'il se joignit à moi et au D^r Carroll en consultation. Nous apprîmes que notre malade avait dormi un peu, mais que, depuis une heure et plus, il était très surexcité. Il ne pouvait pas supporter qu'on approcha près de lui un verre d'eau, et lorsqu'on essayait de le faire il se mettait à trembler convulsivement. Nous lui administrâmes près d'une cuillerée à café de nitrate d'amyle ; il recouvrit un calme presque complet, put boire près d'une pinte d'eau et aussitôt après avala du lait et des œufs. Toutefois, à 3 heures de l'après-midi, les spasmes revinrent, et pendant qu'on s'efforçait de lui faire respirer de l'amyle, il s'écria qu'il suffoquait, et aussitôt il fut pris de convulsions qui se terminèrent par la mort. L'autopsie ne fut pas permise.

Mon ami le D^r Solliday, de Tamaqua, a employé le nitrate d'amyle dans un cas d'hydrophobie chez une jeune fille de dix-sept ans qui avait été mordue par un chien enragé.

« La blessure, qui datait du 26 nov. 1877, siégeait à la lèvre inférieure, elle était très légère et elle se cicatrisa rapidement. L'hydrophobie se déclara le 20 décembre, trois semaines et trois jours après l'accident. Les spasmes se succédaient tous les quarts d'heure, la maladie était nettement caractérisée. Le soir, on lui fit inhaler vingt-quatre gouttes de nitrate d'amyle. Elle se plaignit alors d'engourdissement des extrémités, puis devint très calme, et fit remarquer que si la chambre

était silencieuse, elle dormirait. A ce moment, un verre d'eau lui fut offert et elle le but sans difficulté. En moins de 15 minutes, elle s'endormit tranquillement et son sommeil dura quatre heures et demie. Elle fut réveillée par un violent orage de pluie qui tombait avec grand fracas sur le toit et l'appentis de la maison qu'elle habitait. Les spasmes réapparurent immédiatement, plus violents qu'auparavant, et ne cessèrent qu'avec la vie dans l'après-midi du 21. L'autopsie ne put être faite. »

Dans l'un et l'autre cas, l'inhalation du nitrate d'amyle fut suivie d'une détente très nette qui apporta un grand soulagement. Dans l'un et l'autre cas, elle atténua à tel point les spasmes que les malades purent boire de l'eau et du lait à satiété. Mais dans aucun des deux cas l'amyle ne paraît avoir retardé la mort.

Le *Lyon médical* rapporte un cas d'hydrophobie qui a guéri par des inhalations d'oxygène d'après la méthode des D^{rs} Schmidt et Zehenden.

« Il s'agissait d'une petite fille qui avait été mordue à la main par un chien enragé. La plaie fut cautérisée et se cicatrisa en quelques jours ; mais quinze jours après, des signes d'hydrophobie se manifestèrent. Trois pieds cubes d'oxygène furent donnés à respirer à la malade, et, dans l'espace d'une heure et demie, les symptômes fâcheux disparurent et l'enfant recouvra sa tranquillité. Deux jours après, les mêmes symptômes se représentèrent avec de la difficulté pour respirer et pour avaler, et des convulsions ; on pratiqua de nouveau l'inhalation de l'oxygène et en 45 minutes l'accès disparut entièrement et pour toujours. »

Parmi les autres méthodes de traitement qui ont été préconisées, citons les inhalations d'éther et de chloroforme ; l'application de glace au niveau de la colonne vertébrale (Todd, Erichsen) ; l'emploi persistant d'un courant galvanique (Hammond) ; la transfusion du sang (Shinkwin) ; l'injection dans les veines de solutions salines (Culver), et particulièrement de bromure de potassium (Duboué). Le monobromate de camphre passe aussi pour avoir amené quelques guérisons.

MORVE

La morve est une maladie contagieuse et infectieuse qui paraît aussi se développer quelquefois spontanément chez le cheval, l'âne et le mulet et qui est propre à ces animaux. En même temps qu'elle est une maladie générale affectant tout l'organisme, elle porte ses princi-

pales manifestations et elle déploie sa plus grande virulence sur les revêtements muqueux du nez et des sinus frontaux, sur les glandes sous-maxillaires et sur les lymphatiques du cou et de l'oreille.

En 1824, M. Muscroft décrivait un cas de cette

maladie chez un homme qui avait été inoculé par le cadavre d'un cheval morveux (1).

En 1840, un malade admis à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres mourut de la morve, et communiqua la maladie à l'infirmière qui l'avait soigné et qui succomba également.

On a cité beaucoup d'autres faits semblables qui démontrent que, si la maladie ne naît pas spontanément chez l'homme, elle peut lui être facilement transmise, et qu'une fois inoculée elle est contagieuse d'un homme à un autre.

On prétend que le principe virulent peut être contenu dans le sang, et Viborg croit même qu'il peut être contenu dans les sécrétions salivaire et urinaire et dans la sueur. C'est un fait bien connu, qu'on peut contracter la maladie en s'essuyant les mains ou le visage avec des linges qui ont servi à un cheval morveux.

Henri Bouley (2) a inoculé des chevaux avec du pus de morve et, quoique les parties inoculées aient été excisées une minute après l'expérience, la maladie ne tarda pas à se déclarer.

En 1868, Villemin (3) a exposé cette opinion que la morve et le tubercule avaient des connexions intimes et qu'ils devaient être considérés comme des espèces très rapprochées d'un même genre.

Symptomatologie.

La maladie se manifeste par une éruption de tubercules ou de nodules, et sous deux formes distinctes.

L'une d'elles porte son action sur la membrane muqueuse du nez et sur les glandes voisines : c'est la *morve proprement dite* qu'on nomme *Rotz* en Allemagne.

L'autre forme intéresse les lymphatiques superficiels du tronc ou des extrémités et se caractérise par le développement de tumeurs sous-cutanées dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une noix, qui sont dures, fixes et très douloureuses à la pression. La palpation fournit la sensation de cordons noueux, ce qui a valu

(1) Édimburgh, *Journal medical and surgical*.

(2) H. Bouley, *Rapport sur la morve farcineuse chronique de l'homme*. Bull. de l'Acad. de méd., 1860-61, tome XXVI, p. 854 et suiv. — On lira avec intérêt la discussion à laquelle ce rapport a donné lieu et qui est reproduite *in extenso* dans le Bull. de l'Acad. de méd.

3. Villemin, *Études sur la Tuberculose, preuves rationnelles, expérimentales de sa spécificité et de son inoculabilité*. XIII^e Étude, la Morve est la maladie la plus voisine de la tuberculose. Paris, 1868, p. 431.

à la maladie le nom de *Wurm* en Allemagne, de *farcin* en France et de *farcy buds* en Angleterre.

Ces deux formes sont deux types différents d'une même affection et peuvent se rencontrer chez le même sujet.

La période d'incubation ou d'état latent de la morve dure de trois jours à une semaine ; au bout de ce temps, elle fait place à la période d'invasion.

SYMPTOMES CHEZ LE CHEVAL.

La description suivante qui s'applique au cheval est prise à Youatt :

« Le premier signe local est un léger écoulement nasal continu, causé par l'augmentation de la sécrétion. Cet écoulement est aqueux, mêlé à un peu de mucus. D'abord fluide, il acquiert bientôt une viscosité et un gluant particuliers. Le jetage augmente et à mesure que la maladie progresse, il change de couleur, devient sanguinolent et virulent (fig. 43). Il arrive que ce jetage dure plusieurs mois, ou même deux ou trois années sans s'accompagner d'aucun autre symptôme, bien que le cheval soit décidément morveux. Ordinairement les glandes sous-maxillaires ne tardent pas à s'engorger, principalement celles qui sont situées du côté de la narine malade ; la tuméfaction peut être d'abord assez étendue et assez diffuse, mais elle diminue ensuite considérablement en laissant percevoir une ou deux tumeurs glandulaires qui finissent par adhérer étroitement à l'os. La muqueuse nasale prend une teinte pourpre foncée, presque plombée, qui n'est jamais le rose de la santé, ou le rouge vif intense de l'inflammation ordinaire. Presque toujours, des taches ulcérales se montrent sur la membrane qui tapisse les cartilages du nez ; ces ulcérations sont arrondies, profondes, à bords saillants et découpés à pic ; elles s'élargissent et se multiplient au point d'obstruer les conduits nasaux, et de donner lieu à un bruit dégoûtant de reniflement. L'affection se propage aux sinus frontaux, les téguments du front s'épaississent et enflent en déterminant une sensibilité particulière. Les lymphatiques de la face et du cou se prennent ensuite, constituant le farcin ; ils se dilatent et bientôt s'ulcèrent. Les lymphatiques du côté interne de la cuisse, ceux profonds des deux jambes de derrière sont à leur tour atteints, ce qui ne va pas sans un engorgement de ces parties qui sont en même temps dures, chaudes et tendues.

Les symptômes généraux sont constitués par de l'amaigrissement, du manque d'appétit, la perte des forces, et une toux plus ou moins fatigante ; le ventre est rentré ; le poil dépérit et tombe. L'animal n'est bientôt plus qu'une masse putréfiée et meurt épuisé. »

Le farcin tel qu'on le rencontre chez le cheval, est, d'après Youatt, une forme différente de la même maladie.