

vent pénibles et désagréables pour les malades, de sorte qu'on les emploie rarement, au moins dans les stades les plus aigus. Dans les périodes avancées les bains chauds sont souvent utiles. Les complications locales (affections des yeux et des oreilles) réclament un traitement particulier. L'acide salicylique nous a paru de quelque utilité dans les gonflements articulaires concomitants.

CHAPITRE SEIZIÈME.

MALADIES SEPTIQUES ET PYÉMIQUES.

(Septicopyémie spontanée ou cryptogénétique.)

Si les processus septiques et pyémiques qui viennent compliquer les grandes plaies et les opérations chirurgicales appartiennent au domaine de la chirurgie, il peut se déclarer chez des personnes en possession jusque-là d'une bonne santé apparente, des affections similaires qui se présentent sous l'image d'une infection aiguë, excessivement grave et le plus souvent mortelle. L'appréciation de cas semblables est fréquemment, du vivant du malade, l'origine de grandes difficultés pour le diagnostic. Nous espérons faire le mieux comprendre ces formes morbides, si intéressantes et si importantes au point de vue clinique, en prenant pour point de départ les données anatomiques et en y rattachant ensuite la question de l'étiologie de la maladie et l'exposé de sa marche clinique.

Anatomie pathologique et étiologie. Le caractère prédominant de l'état anatomique dans les maladies de cette nature, consiste en ce que ce n'est jamais un seul organe qui est exclusivement atteint, mais qu'on rencontre dans plusieurs organes et même souvent dans presque tous, de nombreux foyers morbides circonscrits. Ceux-ci sont formés de préférence, soit par des abcès multiples, soit par une foule d'hémorragies limitées, ou par la combinaison des deux. Les abcès se trouvent surtout dans les poumons, les reins, le foie, la rate, les muscles, le tissu du cœur, le cerveau, la glande thyroïde, etc. Outre les abcès, on rencontre aussi des inflammations purulentes plus étendues, principalement des arthrites purulentes, puis la pleurésie suppurée, la méningite et des processus purulents dans l'œil (la choroidite purulente, la panophtalmite, les suppurations du corps vitré). Les hémorragies s'observent surtout dans l'enveloppe cutanée, dans les séreuses (péricarde, plèvre), dans la rétine, la conjonctive, le cerveau, les bassinets du rein, etc. A part ces abcès et ces hémorragies multi-

ples, il est une autre affection qui semble fréquemment occuper le centre de la sphère morbide : c'est l'endocardite ulcéreuse aiguë (voyez ci-dessous le chapitre qui s'y rapporte) qui a son siège habituel à la valvule mitrale, plus rarement aux valvules aortiques, et exceptionnellement aux valvules du cœur droit. Finalement on constate encore dans le cadavre une série d'altérations propres à toutes les grandes maladies infectieuses générales, comme la tumeur aiguë de la rate, « l'engorgement trouble » du foie, des reins, etc., la dessiccation et la coloration rouge sombre de l'appareil musculaire, et ainsi de suite.

En examinant dans son ensemble ce tableau anatomique, on voit à toute évidence qu'il traduit une influence nocive qui a imprégné l'organisme tout entier et qu'on peut dans presque tous les cas rapporter avec une entière certitude, à l'invasion de bactéries. C'est grâce à ces dernières que l'unité étiologique de beaucoup de formes morbides a été établie, lesquelles jusqu'alors, eu égard à la prédominance d'altérations anatomiques les plus diverses (endocardite, ostéomyélite, phlegmons musculaires, etc.) étaient considérées comme des maladies parfaitement dissemblables. Généralement les micrococci se rencontrent aussi bien dans les dépôts endocarditiques qu'au centre des nombreux petits foyers inflammatoires situés dans la profondeur des organes, où ils bouchent d'ordinaire complètement un vaisseau de petit calibre (embolies de micrococci). Or, tandis que les grands foyers inflammatoires visibles à l'œil nu sont habituellement de nature purulente, et forment par conséquent des abcès plus ou moins grands, le microscope découvre souvent, dans la plupart des organes internes, de très petits foyers sans noyau (nécroses de coagulation), qui sont parfois combinés avec des épanchements hémorragiques et entourés déjà d'une zone de réaction inflammatoire. Cette mortification de tissu est probablement le premier résultat produit par les bactéries. Le motif pour lequel les bactéries provoquent tantôt la nécrose du tissu, tantôt la suppuration et quelquefois des hémorragies, est inconnu. L'état de choses, en ces circonstances, est passablement complexe, étant donné qu'il n'y a pas seulement à considérer les qualités particulières à chaque sorte de bactéries (v. plus loin), mais qu'il y a lieu de distinguer en outre entre les effets immédiats des microorganismes mêmes et l'action des poisons chimiques (« toxines ») qu'ils engendrent. La suppuration en elle-même paraît toujours dépendre de la présence des bactéries, tandis que d'autre part les hémorragies sont probablement le fait d'un poison purement chimique. D'après la terminologie régnante on désigne la formation d'abcès multiples du nom de pyémie, tandis que les cas marqués par des hémorragies seulement et des foyers

inflammatoires et qui n'aboutissent pas à la suppuration proprement dite, sont rangés parmi les *affections septiques*, au sens strict du mot. Mais quand ces deux formes se confondent, comme cela arrive souvent, on les appelle alors du nom de *septicopyémie*. A considérer les choses au point de vue rigoureusement étiologique, toutes les affections septicopyémiques ne doivent certainement pas être identifiées les unes avec les autres. Il est toutefois certain que, dans la plupart des cas de pyémie, le *streptococcus pyogenes* doit être envisagé comme l'agent morbide proprement dit. C'est beaucoup moins souvent le *staphylococcus pyogenes aureus* qui, en pénétrant dans le courant sanguin, donne naissance à des états pyémiques et quelquefois même il y a encore d'autres sortes de bactéries qui entrent en jeu. Quant à dire qu'il se rencontre aussi chez l'homme des bactéries spécifiques de la septicémie, cela est encore problématique. En général, comme il a été dit, on estime que la septicémie, au sens étroit du mot, correspond plutôt à un *empoisonnement* de l'organisme, soit par des toxines de putréfaction, soit par les toxines engendrées par les bactéries du pus. Les belles recherches de BRIEGER ont démontré que le streptococcus pyogenes produit de grandes masses de triméthylamine et le staphylococcus beaucoup d'ammoniaque.

Il va sans dire que les bactéries, les véritables facteurs morbides qui pénètrent dans le corps, ne peuvent venir que de l'extérieur, et en effet, en cherchant minutieusement, on peut, dans la grande majorité des cas, déterminer l'endroit par où l'infection s'est opérée. Conséquemment nous devons, à l'heure actuelle, renoncer complètement à l'idée d'une pyémie réellement « spontanée », engendrée dans l'intérieur du corps.

Les causes qui donnent le plus fréquemment naissance à l'infection septique ou pyémique sont les suivantes : 1. En première ligne viennent les *processus puerpéraux*. Après les couches, plus souvent encore après un avortement, la plaie utérine peut devenir la porte d'entrée du poison septique. Il ne faut pas toujours pour cela que l'utérus lui-même ou ses annexes présentent à la vue quelque grande altération pathologique. Il est vrai qu'assez souvent on trouve des processus diphthéritiques et gangréneux à l'insertion placentaire, des thromboses purulentes des veines de l'utérus et du bassin, etc., d'autres fois au contraire la matrice sert simplement de lieu d'entrée au poison septique tout en conservant elle-même son état normal. 2. Un second endroit par où s'insinue le poison septique, ce sont de petites plaies de la surface cutanée, de petites excoriations, etc. qui, à l'heure du développement des graves phénomènes morbides, sont peut-être déjà complètement guéries. Le *décubitus* appartient aussi à cette catégorie. 3. L'infection peut prendre sa source dans des *surfaces muqueuses ulcérées*. C'est ainsi que

s'explique la septicémie qu'on voit surgir, bien que rarement, à la suite du typhus, de la dysenterie, des processus diphthéritiques du pharynx, etc. 4. Enfin, des *foyers purulents* existant depuis longtemps dans les os, les articulations et d'autres organes peuvent constituer l'unique point de départ qu'on puisse retrouver de la pyémie. — Bien qu'assurément toutes les sources possibles d'infection ne soient pas comprises dans cette énumération, on pourra cependant rattacher l'étiologie de chaque cas pris à part à l'une des circonstances susdites. Plus on mettra de soin à rechercher la porte d'entrée possible du poison septique, plus rares deviendront les cas où le point de départ de l'infection demeurera inconnu.

Une fois que le poison septique a envahi le corps, il peut s'y répandre de différentes manières. Parfois le germe infectieux pénètre par les vaisseaux lymphatiques dans la grande circulation, d'autres fois il se forme au lieu d'infection une *phlébite purulente* d'où dérivent, principalement par *voie embolique*, les abcès secondaires, d'abord dans les poumons et plus tard dans les autres organes. Il paraît d'ailleurs que la phlébite purulente peut atteindre d'emblée une veine éloignée de l'endroit d'infection. Un centre important de dissémination de la matière septique, ce sont les *valvules cardiaques*. C'est de préférence sur elles que se fixe l'agent infectieux, probablement pour des motifs purement mécaniques, et y produit l'*endocardite aiguë*. Cette dernière ne doit, en ce cas, être considérée que comme faisant partie de l'ensemble de l'infection septique. Mais puisque les valvules du cœur sont un terrain favorable à la multiplication du poison et que, en partant d'elles, d'abondants matériaux d'infection parviennent, par voie embolique, dans les divers organes, l'endocardite aiguë, dans beaucoup de cas, devient comme le point central d'où rayonne toute la maladie. Toutefois dans d'autres circonstances, l'endocardite peut faire complètement défaut ou être à peine ébauchée.

Tableau morbide et symptômes. Nous avons principalement en vue dans ce qui va suivre, les cas qui offrent de l'intérêt pour la médecine interne, c'est-à-dire ceux dans lesquels la septicopyémie se présente sous l'image d'une maladie *aiguë grave et primitive en apparence*. Beaucoup de traits essentiels de ce tableau morbide sont identiques à ceux que nous observons dans la pyémie qui succède aux grandes plaies et aux processus inflammatoires puerpéraux, etc. Mais c'est précisément l'absence apparente de toute cause étiologique qui transforme fréquemment cette maladie en une affection obscure et indécise pouvant donner naissance à de nombreuses erreurs de diagnostic. Ajoutons à cela que souvent les malades ne sont soumis à l'observation médicale qu'alors qu'ils sont déjà très gravement

atteints, ce qui fait que l'appréciation exacte de ces cas rencontre une difficulté réelle.

Le *début de la maladie* est ordinairement assez brusque. Bien portants jusqu'alors, les gens qui en sont frappés présentent des symptômes fébriles, de la céphalalgie, des douleurs rhumatoïdes dans les muscles, les articulations, le dos, souvent aussi des manifestations gastro-intestinales graves, des vomissements et de la diarrhée. En même temps, le malaise général est d'ordinaire si profond, que la plupart des malades ne tardent pas à garder le lit. Alors les phénomènes morbides s'accroissent rapidement et il s'établit un état général qui a de la ressemblance avec un typhus, une tuberculose miliaire, ou bien, quand les phénomènes cérébraux prennent le dessus (céphalalgie, assoupissement, délire), avec la méningite. Quand les affections des jointures prédominent (voyez plus loin) et qu'il y a des signes appréciables d'endocardite, la maladie peut être prise au début pour un rhumatisme articulaire aigu intense.

Parmi les *symptômes particuliers*, il faut d'abord mentionner ceux qui appartiennent à toute maladie infectieuse aiguë grave et qui ne présentent rien de caractéristique. Tels sont l'atteinte profonde portée à l'état général, l'anorexie, les désordres du côté du sensorium, la stupeur, le délire, la céphalalgie, les phénomènes fébriles subjectifs, la sécheresse de la langue, et enfin la *tumeur splénique aiguë* souvent appréciable. Mais outre ces symptômes, il s'en produit d'autres qui sont plus caractéristiques et sur lesquels le diagnostic, si tant est qu'il est possible, se fonde principalement. Les voici :

1. *Le cours de la fièvre*. Celui-ci n'a, dans beaucoup de cas, rien de caractéristique et peut même, puisqu'il ressemble au cycle thermique du typhus abdominal, conduire à un diagnostic erroné. Dans d'autres cas cependant, la courbe fébrile présente un aspect très typique, à l'instar d'une *fièvre intermittente* avec de fortes exacerbations (jusqu'à 41° et au delà) souvent précédées d'un frisson et suivies d'une chute profonde. Cette courbe peut de cette façon être complètement identique à celle d'une fièvre quotidienne ou tierce. Parfois la marche fébrile se compose des mêmes paroxysmes fébriles séparés par des périodes de fièvre rémittente simple.

2. *Manifestations cutanées*. Celles-ci sont très fréquentes et d'une grande importance pour le diagnostic. Mentionnons d'abord les *hémorragies* qui se montrent tantôt sous forme de petites extravasations pointillées, tantôt à l'état de sugillations plus étendues. Dans le premier cas, le diagnostic différentiel entre la septicémie et le purpura variolique peut prêter à de grandes difficultés (voyez ci-dessus). — Parmi les autres

exanthèmes, l'*érythème scarlatiniforme* est relativement le plus fréquent. Il n'est pas improbable que beaucoup de cas qui sont décrits comme scarlatines puerpérales graves, représentent une maladie septique. Enfin on a observé encore la roséole, des papules, l'exanthème pustuleux, l'herpes, les inflammations phlegmoneuses, etc.

3. *Symptômes oculaires*. Si les *inflammations purulentes* de l'œil, de nature probablement embolique, qui peuvent se transformer en *panophthalmite septique* diffuse, sont connues depuis longtemps, l'attention a été appelée, dans ces derniers temps, par LITTEN entre autres, sur des altérations plus délicates du fond de l'œil. Celles-ci sont visibles à l'ophthalmoscope et ont une haute valeur diagnostique. Signalons avant tout les *hémorragies rétinienne*s. Le centre de celles-ci est parfois occupé par une *tache blanche* qui correspond à la partie centrale nécrosée de la rétine. Des taches blanches similaires se produisent aussi sans hémorragie.

4. *Symptômes fournis par l'appareil circulatoire*. Il serait de la plus haute importance de pouvoir diagnostiquer les altérations anatomiques du cœur. Cependant les symptômes cliniques ne nous sont presque d'aucun secours à cette fin. Il est vrai que le *pouls* est d'ordinaire excessivement *fréquent*, que de plus il est irrégulier, mais cela ne suffit pas pour tirer une conclusion. *Des bruits endocardiques manquent souvent à la région du cœur*, alors même que l'autopsie laisse voir sur les valvules des dépôts abondants et des ulcérations. Pourtant les tons du cœur dans des cas semblables nous ont quelquefois paru particulièrement sourds. Parfois on entend des bruits de souffle qui peuvent facilement être pris pour accidentels. — Le *sang* ne présente pas d'altération particulière. On n'a pas encore démontré dans le sang vivant la présence de bactéries. On a constaté une augmentation légère, mais manifeste des globules blancs du sang.

5. Les *symptômes cérébraux* sont parfaitement analogues pour la plupart à ceux des autres affections aiguës graves. Ils peuvent exister sans que l'autopsie révèle des lésions considérables dans le cerveau. Dans d'autres cas, ils sont le résultat d'une méningite purulente, d'une pachyméningite hémorragique, d'hémorragies et d'abcès cérébraux. Ces dernières altérations produisent aussi des symptômes cérébraux localisés, tels que l'hémiplégie, etc.

6. Les *affections articulaires*, les arthrites suppurées, des collections purulentes périarticulaires sont assez fréquentes et très importantes pour le diagnostic. Si elles se montrent de bonne heure, elles pourraient faire croire erronément à un rhumatisme articulaire aigu. Des foyers purulents se rencontrent aussi dans le *périoste* et dans la *moëlle osseuse*, mais

le plus souvent sans donner lieu à des manifestations cliniques particulières. Si les os entrent fortement en suppuration, on a affaire à l'*ostéomyélite aiguë* (surtout aux extrémités inférieures) qui est presque toujours due au *staphylococcus aureus*. Autrefois des cas semblables étaient désignés du nom de « *typhus des os* ». Les *muscles* également sont parfois occupés par des abcès.

7. Les *symptômes rénaux* sont fréquents, mais n'apparaissent d'ordinaire pas au premier plan de la scène clinique et sont rarement utilisables pour le diagnostic. Parfois l'urine contient une quantité modérée de sang et d'albumine, il peut cependant exister des abcès et des hémorragies dans la parenchyme rénale, de nombreuses extravasations sanguines dans la muqueuse des bassinets, sans que l'état des urines en soit effectivement modifié. Dans d'autres cas, il se produit, à part des infarctus et des abcès, une *néphrite septique aiguë* diffuse qui donne à l'urine tous les caractères propres à la maladie de BRIGHT aiguë (albumine abondante, globules sanguins rouges et blancs, épithélium et cylindres).

8. Les *symptômes pulmonaires* sont en partie de nature secondaire. Comme dans toute autre maladie générale grave, on voit se développer de la bronchite et des pneumonies lobulaires. Les *abcès pulmonaires* comme tels ne donnent lieu le plus souvent à aucun symptôme objectif, seulement il y a une *dyspnée* d'une remarquable intensité, qui n'est aucunement en rapport avec l'insignifiance des symptômes objectifs. L'infection de la plèvre, suite de foyers pulmonaires situés superficiellement, produit parfois une *pleurésie purulente* dont la découverte à l'aide de la ponction exploratrice a de l'importance pour le diagnostic de l'affection générale.

9. En ce qui concerne les *symptômes du côté des organes abdominaux*, nous avons déjà mentionné l'*intumescence aiguë* de la *rate*. Les infarctus et les abcès spléniques se dérobent presque entièrement au diagnostic et on ne peut qu'en présumer l'existence, grâce à une sensibilité extraordinaire de la rate hypertrophiée. — Des symptômes intestinaux plus graves, des « *diarrhées septiques* » profuses se déclarent parfois, sans que l'autopsie révèle des altérations intestinales particulièrement intenses. On a cependant rencontré des processus hémorragiques et diphthéritiques dans l'intestin. — Mentionnons la *coloration subictérique* assez fréquente de la peau, laquelle dépend parfois d'un catarrhe duodéal et qui peut aussi quelquefois être envisagée comme un ictère hémotogène.

Marche et pronostic. La *marche totale* des maladies septiques ne prend parfois que quelques jours, vu que dans les cas graves la *mort* ne tarde pas

à venir bientôt. Cependant on observe des cas qui traînent et dont les manifestations morbides se prolongent de 1 à 2 semaines et plus encore. Ici encore l'issue finale est presque toujours funeste. Il n'est pas improbable qu'il y a des *formes légères et curables d'affections septiques*. Mais nos connaissances à cet égard sont jusqu'ici trop incomplètes encore pour pouvoir fournir des données précises.

Diagnostic. Il est clair qu'un tableau morbide composé de symptômes si multiples et si divers doit donner lieu à de grandes difficultés diagnostiques. Rappelons-nous les différentes affections avec lesquelles les états septiques sont le plus souvent confondus. Ils peuvent avoir la plus grande ressemblance avec le *typhus abdominal* quand on se trouve en présence d'un état général grave, de la diarrhée, d'un exanthème roséolique, d'une tumeur splénique. En mettant à part les *éléments étiologiques dont il faut tenir compte avant tout* (plaies extérieures, etc.), la distinction deviendra plus facile par la découverte de l'*affection rétinienne* septique, par l'apparition de gonflements *articulaires*, d'hémorragies cutanées et par une sorte de *fièvre intermittente*. — La maladie peut d'autant plus aisément être confondue avec une *méningite*, que des processus méningitiques, ainsi qu'il a été dit, se produisent comme partie intégrante de la septicémie et dominant alors toute la scène morbide. En dehors des symptômes septiques dont il a été parlé, la démonstration d'une forte intumescence de la rate et d'un certain degré d'endocardite auraient de la valeur pour le diagnostic. — Le diagnostic différentiel entre la septicémie aiguë et la *tuberculose miliaire aiguë* peut présenter les mêmes difficultés. Il importe ici, après avoir minutieusement pesé tous les symptômes en particulier, de considérer avant toute chose les influences étiologiques qui sont susceptibles d'expliquer, d'une part la production de la septicémie, et de l'autre, la genèse d'une tuberculose miliaire aiguë. La découverte certaine au moyen de l'ophthalmoscope de tubercules miliaires dans la choroïde et de bacilles tuberculeux dans le sang est décisive en faveur de la tuberculose. — Au début d'une maladie septique, les frissons qui ouvrent la scène peuvent faire soupçonner une *fièvre intermittente*. Mais, en dehors des phénomènes morbides ultérieurs qui ne tardent pas à se montrer, l'inefficacité de la quinine fait ordinairement naître du doute sur ce dernier diagnostic. — Si une maladie septique s'est compliquée d'une *néphrite aiguë* grave, tout l'appareil morbide peut à tort être mis sur le compte de l'*urémie*. Cependant, une observation poursuivie un peu plus longtemps, peut, dans l'intervalle, rendre la distinction possible. — Quant aux états morbides analogues à la septicémie aiguë, et qui se déclarent dans l'endocardite ulcéreuse aiguë

(primitive) et dans le rhumatisme articulaire suraigu, on pourra confronter les chapitres qui s'y rapportent.

Le **traitement** ne saurait s'adresser qu'aux symptômes. On cherchera évidemment toujours à couper les accès renaissants de fièvre par de fortes doses de quinine, par l'antipyrine, etc., mais sans jamais atteindre un résultat durable. Pour le reste, les bains, les excitants, au besoin les narcotiques, se prescrivent de préférence.

CHAPITRE DIX-SEPTIÈME.

RAGE.

(Hydrophobie.)

Étiologie. Rage des chiens. Chez les chiens et rarement chez quelques autres animaux (le loup, le renard, puis le chat, le bœuf, le cheval, etc.), se produit une maladie infectieuse particulière qui peut se transmettre par morsure à l'homme et provoquer chez lui les plus formidables symptômes du côté du système nerveux central.

On distingue chez les chiens la *furie rabique* (rage furieuse) et la *rage mue* ou *tranquille*. La première commence, d'après la description de BOL-LINGER, par des symptômes prodromiques d'un à trois jours de durée (stade mélancolique). Les animaux sont tristes, effarés et refusent toute nourriture. Puis vient le *stade irritatif* ou *maniaque*, pendant lequel les besoins impulsifs de mordre se déclarent par accès et que les animaux éprouvent une tendance irrésistible à s'échapper, à vaguer, leur voix étant devenue étrangement hurlante. Les chiens se détournent de leur nourriture habituelle, avalent par contre de la paille, du bois, des poils, de la terre, etc. Dans le troisième stade ou *stade paralytique*, se déclarent des paralysies. Les chiens sont très émaciés et misérables et au 10^{me} jour au plus tard de la maladie survient inmanquablement la mort. Dans la *rage* appelée *muette*, le stade maniaque fait défaut. Les manifestations paralytiques, principalement les paralysies du train postérieur et de la mâchoire inférieure, se montrent plus tôt et conduisent rapidement à la mort. On ne constate pas de *désordres anatomiques* plus marquants. Dans le poumon et l'intestin on découvre des altérations catarrhales, des stases dans les organes internes, et dans l'estomac des corps étrangers anormaux, au lieu des résidus alimentaires habituels.

La transmission de la rage à l'homme a presque toujours lieu par la *morsure* d'animaux enragés et, la plupart du temps, par la morsure des

chiens. Le virus rabique qui ne nous est pas encore connu dans sa pureté, réside manifestement dans la salive, la bave et le sang des animaux enragés et peut à l'aide de ces substances être inoculé à d'autres animaux. PASTEUR a trouvé qu'on peut aussi provoquer la maladie expérimentalement, en injectant dans les veines ou sous les membranes du cerveau d'animaux sains préalablement trépanés, de petites particules des *organes centraux* (surtout le *cerveau* et la *moëlle allongée*) d'animaux enragés. En ce cas la virulence du poison rabique subit, par suite de circonstances particulières, des modifications de nature spéciale, dont nous allons traiter à la fin de ce chapitre.

La prédisposition à la rage semble ne pas être uniformément répandue dans la *race humaine*, puisque près de la moitié des gens qui ont été mordus par un animal enragé ne présentent dans la suite aucun signe de la maladie. Cependant cela peut dépendre pour une partie seulement de l'absence de prédisposition, et pour l'autre d'une morsure insuffisamment infectante. La *durée de l'incubation* jusqu'à l'explosion éventuelle de la rage paraît être très différente en longueur. Elle comporte au maximum de 3 à 6 mois, cependant on rapporte aussi des observations où le temps de l'incubation a été plus court, et d'autres où l'on prétend qu'il a été beaucoup plus long.

Tableau morbide et symptômes. La maladie débute avec les symptômes d'un malaise général, de l'anorexie, de la céphalalgie, de l'inquiétude d'esprit, laquelle tient en partie à la conviction que la maladie est imminente. Si la morsure infectante occupe la face, il y a parfois une série d'*éternuements* spasmodiques. Dès le *stade prodromique* se révèle une aversion marquée pour les liquides en même temps que de légers spasmes se produisent lors des essais de déglutition. A l'endroit de la morsure depuis longtemps cicatrisée, on observe quelquefois un renouvellement de sensations douloureuses et les ganglions voisins sont manifestement gonflés (PENZOLDT).

Après un ou deux jours tout au plus, commence le second stade ou *stade hydrophobique*. Celui-ci est surtout caractérisé par des *attaques* particulières de *convulsions* toniques qui affectent d'abord les muscles de la déglutition et dans la suite les muscles respiratoires, ceux du tronc et des extrémités. Ces attaques sont accompagnées de sensations formidables d'angoisse et de constriction, à tel point que l'image de l'hydrophobie s'imprime d'une façon indélébile dans l'esprit de celui qui ne l'a vue qu'une seule fois. Il est probable que ces convulsions se produisent constamment par voie réflexe sous la plus légère incitation venant du dehors, surtout à