

symptômes initiaux qui précèdent l'éruption et l'indépendance de la maladie. Toutes les erreurs commises, et elles sont nombreuses, résultent de la confusion entre la maladie suette miliare (suette idiopathique) et l'éruption miliare symptomatique, qui apparaît si souvent comme épiphénomène dans les affections les plus diverses.

## TRAITEMENT.

Les cas simples ne réclament qu'une diète légère et une hygiène convenable. Pour les autres, l'indication fournie par les symptômes gastriques du début doit toujours être remplie au moyen d'un vomitif; du reste, les émétiques ont été employés avec succès comme traitement initial dans les cas même où la période prodromique était nulle ou peu accusée. La médication varie selon les prédominances symptomatiques, mais l'indication la plus fréquente de beaucoup est fournie par l'adynamie et la tendance au collapsus; on laissera donc de côté tout moyen débilitant, et l'on maintiendra les forces par des toniques et des stimulants. Des injections sous-cutanées de morphine pourront être utiles pour atténuer la douleur épigastrique, et si l'oppression est forte on ne doit pas hésiter à faire des applications répétées de ventouses sèches en grand nombre sur les membres inférieurs. Les sueurs ne sont point salutaires; loin de les favoriser, il convient de les restreindre; conséquemment on doit se garder d'étouffer les malades sous des couvertures entassées contre toute raison; il faut les couvrir légèrement, changer fréquemment les linges avec les précautions convenables, et si la température est très-élevée, il ne faut pas négliger les lotions ou les aspersions froides méthodiquement pratiquées. D'après les observations de Daudé, le perchlorure de fer (à la dose de 15 à 20 gouttes par jour), qui agit d'ailleurs comme tonique, a l'avantage de modérer la diaphorèse. — Lorsque les rémissions sont régulières, l'indication du sulfate de quinine est positive.

La convalescence exige une surveillance attentive; l'alimentation doit être modérée et graduelle, c'est le meilleur moyen d'éviter les rechutes et les accidents consécutifs. En raison de l'absence d'immunité, le changement de résidence jusqu'à la fin de l'épidémie doit toujours être conseillé.

## CHAPITRE III.

## GRIPPE. — INFLUENZA.

L'usage vulgaire d'appliquer indistinctement la qualification de grippe à toutes les phlegmasies catarrhales des voies aériennes qui se développent pendant l'hiver et durant les saisons de transition, n'a pas peu contribué à l'assimilation erronée de la grippe à un simple catarrhe bronchique. La mention additionnelle du caractère épidémique de la première de ces maladies ne suffit même pas pour faire disparaître l'erreur contenue dans cette synonymie, et ce n'est que par une convention arbitraire que l'expression bronchite épidémique peut être considérée comme l'équivalent médical des termes grippe ou influenza.

En fait, la grippe diffère du catarrhe bronchique commun non-seulement par son développement épidémique, mais par ses symptômes, sa marche et souvent aussi par sa gravité. Il y a plus: pour constantes qu'elles soient, les déterminations catarrhales sur les voies aériennes ne tiennent pas toujours la première place dans les manifestations symptomatiques; il n'est pas très-rare que les accidents prédominants occupent l'encéphale ou les organes digestifs, et la division de la grippe en grippe thoracique, cérébrale, abdominale, a été inspirée par une exacte observation des faits. Par l'ensemble de ses caractères, qui sont d'autant plus accusés que la maladie est plus grave, l'influenza s'affirme donc une maladie générale dont les déterminations locales occupent l'appareil respiratoire auquel elles peuvent rester limitées, tandis que, dans d'autres cas, elles affectent en même temps, avec une intensité variable, le système cérébro-spinal et l'appareil digestif.

Pour ces motifs, je n'ai pu ranger la grippe parmi les maladies des bronches; et j'ai dû la classer dans les maladies généralisées, auxquelles j'ai assigné pour caractères distinctifs l'absence de localisation fixe, univoque, et la diffusion des déterminations morbides. Les notions que nous possédons sur les causes génératrices de la maladie sont assurément bien imparfaites; telles qu'elles sont pourtant, elles sont suffisantes pour établir la puissance morbifique de certaines conditions atmosphériques ou telluriques mal déterminées; de là, la place que j'ai assignée à l'influenza (1) à côté de la malaria et de la suette.

(1) R. PEARSON, *Observations on the present catarrhal fever or influenza*. London, 1803. — MOST, *Influenza europæa oder die grösste Krankheits-Epidemie der neueren Zeit*. Hamburg, 1820. — ESCHERICH, *Die Influenza ein epidemisches Katarrhalfeber*.

## GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

« Il est probable que la grippe dépend avant tout de l'influence tellurique, et qu'elle reconnaît pour cause quelque perturbation dans les agents

Würzburg, 1833. — MEYER, *Die Influenza oder Grippe des Jahres 1833*. Potsdam, 1833. — ROLFFS, *Das epidem. katarrhal. Fieber auch die Grippe und Influenza genannt*. Köln, 1833. — RADIUS, *De influenza morbo*. Lipsiæ, 1833. — ZLATAROVICH, *Geschichte des epidem. Katarrh's (Influenza, Grippe) welcher im Frühjahr 1833 in Wien grassirte und über sein Verhältniss zum stationären Genius der Krankheiten*. Wien, 1834. — GAUDET, *Recherches anat. et path. pour servir à l'hist. de la grippe à Paris* (*Gaz. méd. Paris*, 1833). — RICHELLOT, *Épidémies de grippe, etc.* (*Arch. gén. de méd.*, 1833). — VAN DEN BUSCH, *Hufeland's Journal*, 1834. — LOMBARD, *Grippe de Genève* (*Gaz. méd. Paris*, 1833-1837). — MARTINY, *Die Influenza oder Grippe, eine contagiös-epid. Krankheit*. Weimar, 1835-1841. — SCHWEICH, *Die Influenza*. Berlin, 1836. — GLUGE, *Die Influenza oder Grippe nach den Quellen hist. path. dargestellt*. Minden, 1837. — DIETRICH, *Die Influenza, etc.* Leipzig, 1837.

OZANAM, *Hist. des maladies épidém.* Lyon, 1835. — RAIGE DELORNE, art. GRIPPE in *Dict. en 30 vol.*, XIV. Paris, 1836. — ROSSEN, *De catarrho epidemico*. Lugd. Batav., 1840. — NACQUART, ARCHAMBAULT-REVERDY, *Bullet. Acad. méd.*, 1836-37. — MOJON, *Gaz. méd. Paris*, 1837. — MAURICHEAU-BEAUPRÉ, *Hist. de l'épid. de grippe qui a régné à Calais en 1837*. Calais, 1837. — PÉTREQUIN, *Hist. gén. de la grippe de 1837 en France et en Italie* (*Gaz. méd. Paris*, 1837). — VIGLA, NONAT, *Grippe de Paris en 1837* (*Arch. gén. de méd.*, 1837). — LEGRAND, *Même sujet* (*Gaz. méd. Paris*, 1837). — PRIEUR, *Grippe de Poitiers en 1837*. Poitiers, 1837. — SANDRAS, *Nature et traitement de la pneumo-bronchite épidémique qui a accompagné la grippe* (*Bullet. thérap.*, 1837). — SANDRAS et LANDOUZY, *Grippe obs. à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1837* (*Journ. des conn. méd. chir.*, 1837). — GENTRAC (E.), *Étude des principales épidémies de grippe*. Bordeaux, 1837. — CLAUDOT, *Grippe à Strasbourg en 1837*, thèse de Strasbourg, 1837. — MONTAIN, *Grippe à Lyon* (*Gaz. méd. Paris*, 1837). — TOULMOUCHE, *Épid. de la maison centrale de Rennes en 1837* (*Gaz. méd. Paris*, 1837). — GOURAUD, *Épid. catarrhales* (*Journ. des conn. méd. chir.*, 1837). — HOURMANN, *Grippe chez les vieilles femmes de la Salpêtrière* (*Arch. de méd.*, 1837). — PIORRY, *Caract. distinct des pneumonies pendant l'épid. de grippe* (*Gaz. méd. Paris*, 1837). — LANDAU, *Anat. path. de la grippe* (*Arch. gén. de méd.*, 1837). — *Grippe de 1837; pneumonie comme symptôme essentiel de cette épidémie* (*Eodem loco*, 1837). — CAIZERGUES, *Rapport sur l'épidémie vulgairement connue sous le nom de grippe qui a régné à Montpellier en 1837*. Montpellier, 1841. — DUJARDIN, *Considér. sur les bronchites fébriles épidémiques*, thèse de Paris, 1847. — BOURGOGNE, *Traitement de la grippe* (*Gaz. hôp.*, 1847). — *Épid. de grippe dans le canton de Condé* (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1858). — PEACOCK, *The Influenza or Epidemic catarrhal fever of 1847-48*. London, 1848. — TH. THOMSON, *Annals of Influenza* (*Sydenham Society*, 1852). — HERTWIG, *Magazin f. d. ges. Thierheilkunde*, 1854. — RENAULT, *Mém. sur une épid. de grippe qui a régné à bord du Louqsor* (*Bullet. Acad. de méd.*, 1847-1848). *Rapport d'Espiaud* (*Eodem loco*, 1849-1850). — D'ESPIRE, *Grippe à Genève en 1848 comparée aux épidémies précédentes* (*Gaz. méd. Paris*, 1848). — MÉRAI, *Thèse de Paris*, 1851. — GUÉRIN (J.), *Remarques sur la grippe* (*Gaz. méd.*,

physiques qui modifient la surface extérieure de notre planète; mais, dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne pouvons faire ici que des conjectures, sous peine de nous perdre dans des investigations purement spéculatoires. » Encore aujourd'hui cette déclaration de Graves conserve toute sa valeur, nous ne pouvons y substituer aucune notion positive.

1851). — VICNARD, *Bronchite épidémique*, thèse de Paris, 1856. — HIARD, *De la grippe de 1837 et de ses transformations*. Saint-Sever, 1857. — SPENGLER, *Gesammelte med. Abhandlungen*. Wetzlar, 1858. — BROCHIN, *Gaz. hôp.*, 1858, 1867, 1870, 1871. — Art. CATARRHE in *Dict. encyclop. des sc. méd.* — GRANARA, *Della grippe dominante in Genova nel gennaio 1858* (*Ann. univ. di med.*, 1858). — FAUCONNET, *Notes sur les causes de la grippe, étudiée comme endémie propre à la ville de Lyon* (*Gaz. méd. Lyon*, 1858). — SCHALLER, *De la grippe ou catarrhe paludéen* (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1858). — FERNIER, EMOND, *Thèses de Paris*, 1858. — FORGET, *Gaz. méd. Strasbourg*, 1858. — NOUGARET, *Gaz. hebdom.*, 1858. — BARTHE, *Grippe à bord de la frégate la Sibylle* (*Gaz. méd. Paris*, 1858). — FACEN, *Del Morbo-Grippe che domina oggidi* (*Ann. univ. di med.*, 1858). — M. LEGRAND, *Sur la grippe; constitution méd. du 1<sup>er</sup> semestre de 1860*. Paris, 1860. — BLANC, *De la nature contagieuse de la grippe* (*Union méd.*, 1860). — VON HOLSBECK, *La grippe et son traitement* (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1861). — FUSTER, *Monographie clin. de l'affection catarrhale*. Montpellier, 1861.

GRAVES, *Leçons de clinique médicale*. Trad. et notes de Jaccoud. Paris, 1862. — LEARED, *Hémoptysie dans la grippe* (*Gaz. méd. Lyon*, 1862). — GLEISBERG, *Typhus und Influenza*. Leipzig, 1862. — HJALTELIN, *On the epidemic Influenza of Iceland especially the last one of 1862* (*Edinb. med. Journ.*, 1863). — VON FRANQUE, *Die epidemischen Katarrh-Fieber, Influenza in den Jahren 1857 bis Ende 1859* (*Nassauer med. Jahrb.*, 1863). — CHAUFFARD, *Constitut. méd. de l'année 1862* (*Arch. de méd.*, 1863). — CARBIÈRE, *La Grippe et son véritable caractère* (*Union méd.*, 1864). — LIEGEY, *De l'intermittence dans la grippe* (*Union méd.*, 1864). — BIERNER, *Influenza, Grippe, epidemisches Katarrh-Fieber in Virchow's Handb. der Pathologie*; V. Erlangen, 1864. — LEVICK, *Remarks on the epidemic Influenza of 1861 and 1863* (*Hay's American Journ.*, 1864). — SEITZ, *Catarrh und Influenza*. München, 1865. — COPLAND, *Forms, complications, causes and treatment of bronchitis*. London, 1866. — PARKES, *Influenza* (*System of medicine edited by R. Reynolds*, t. I). London, 1866. — MOUTARD-MARTIN, *Grippe à l'hôpital Beaujon* (*Gaz. hôp.*, 1867). — VINCENT, *Des différentes formes de grippe*, thèse de Paris, 1867. — TIGRI, *Sulla grippe* (*Ann. univ. di med.*, 1867). — PETIT, *Gaz. hôp.*, 1867. — HANDFIELD JONES, *On a case of influenza, etc.* (*Brit. med. Journ.*, 1870). — LEROY, *Étude sur la grippe*, thèse de Paris, 1870. — WEBSTER, *Report of an epidemic of influenza* (*Boston med. and surg. Journ.*, 1871). — WOODBURY, *Philadelphia medical Times*, 1872. — SENAC-LAGRANGE, *De l'épuisement dans les états morbides et principalement dans la fièvre catarrhale*, thèse de Paris, 1872. — GENTRAC (H.), Art. GRIPPE in *Nouv. Dict. de méd. et chir. prat.*, t. XVI. Paris, 1873. — *Communications on the epidemic influenza in the Middle Atlantic and Mississippi valley States* (*Philadelphia med. and surg. Reporter*, 1873). — DIETRICHSON, KAURIN, THORESEN, *Norsk Høags. f. Lægevidsk.* B. III; 1873. — MALCORPS, *La grippe et ses épidémies* (*Mémoires présentés à l'Académie de Médecine de Belgique*, 1873). — ZUELZER, *Influenza in Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von Ziemssen*. Leipzig, 1874. — BUCQUOY, *De la grippe* (*Mouvement méd.*, 1875).

L'influence étiologique attribuée aux saisons est nulle; en janvier 1837, l'épidémie de grippe sévit à Londres et en même temps au Cap, c'est-à-dire au milieu de l'été; en novembre et décembre 1836, c'est-à-dire à la fin du printemps et au commencement de l'été, elle avait ravagé la Nouvelle-Hollande et tous les antipodes.

La température en elle-même est également sans influence sur le développement de la maladie: l'épidémie européenne de 1762 apparut au mois de mai; en 1782, la grippe sévit au commencement de l'été. En 1837, la maladie fut très-intense à Dublin et cependant la saison était remarquablement douce.

Les conditions barométriques et hygrométriques ont été invoquées à titre de causes prédisposantes, mais elles doivent prendre une bien faible part dans la production de la maladie, puisque la grippe a régné en même temps en Espagne, en France, en Allemagne, en Suède, en Égypte et sous les tropiques.

On a remarqué que, pendant certaines épidémies, soufflaient surtout les vents d'est et de nord-est, ce qui pourrait expliquer la marche et la diffusion de la maladie de l'est à l'ouest; mais d'autres observations météorologiques ont montré que la grippe peut aussi marcher contre le vent.

La propagation n'est pas influencée par la fréquence des relations ni par les voies de communication. Parfois les routes les plus parcourues, les villes les plus peuplées ont été presque entièrement épargnées, tandis que les lieux les moins habités, les bourgs et les villages éloignés des grands centres de population étaient seuls atteints.

Tout ce que l'on peut dire, c'est que dans notre hémisphère, en hiver, la grippe marche de préférence de l'est à l'ouest, et au printemps de l'ouest à l'est (Gluge, Seitz).

Depuis les travaux de Schönbein sur l'ozone, il importe d'étudier de très-près l'état ozonométrique de l'atmosphère en temps d'épidémie; dans sa relation de la grippe épidémique de Gènes en 1858, Granaro a eu soin de tenir compte de cet élément dans ses expériences sur la constitution de l'atmosphère et il est arrivé à des conclusions qui ne manquent pas d'intérêt. A la fin de décembre 1857, la proportion d'ozone était à peu près normale; au commencement de janvier 1858, elle faiblit notablement et elle atteignit son minimum au moment où l'influenza sévit avec le plus de violence. A partir du 4<sup>or</sup> février, les conditions thermo-électriques et hygrométriques de l'atmosphère furent modifiées et il y eut une élévation subite de 7 degrés dans les indications ozonométriques; alors la grippe disparut; elle fut remplacée par des pneumonies nombreuses. Peut-être n'est-ce là qu'une simple coïncidence; mais, en tout cas, on n'est point encore autorisé à nier complètement l'influence de l'atmosphère sur le développement de la grippe épidémique.

D'un autre côté, il n'est pas inutile de rappeler que Fauconnet attribue

la grippe, qui règne presque tous les hivers à Lyon, aux grands mouvements de terrain qui ont eu lieu dans cette ville depuis quelques années. D'après lui, ces fouilles pratiquées dans un sol riche en débris végétaux et animaux, donnent lieu à des miasmes, qui sont la cause déterminante de la maladie. Que l'on songe maintenant à la grippe légère qui s'est développée parmi nous depuis la fin de l'hiver 1861, que l'on tienne compte des travaux considérables exécutés dans ces dernières années dans l'enceinte de Paris et l'on pourra faire, si je ne me trompe, un rapprochement intéressant de ces deux ordres de faits parallèles.

Il n'y a aucune exclusion entre la grippe et d'autres maladies épidémiques. Suivant quelques auteurs, certaines épidémies auraient disparu au moment de l'apparition de l'influenza; Smart rapporte qu'une épidémie de scarlatine cessa tant que dura la grippe de 1803, et revint aussitôt après; il en aurait été de même pour des épidémies de variole (Busch) et de typhus (Currie); Gallicio et Panum ont fait la même remarque pour la fièvre intermittente en 1830 et 1833. D'autre part, Escherich, Stosch et Galli prétendent qu'il n'est pas rare de voir la grippe dégénérer en fièvre intermittente, et déjà, depuis longtemps, Stark avait admis une certaine affinité pathologique entre ces deux maladies. — Il n'est pas probable qu'il existe un rapport entre la grippe et le choléra, quoique l'influenza ait précédé en 1831 et suivi en 1837 l'épidémie cholérique.

La grippe frappe toutes les constitutions et toutes les classes; elle atteint rarement, il est vrai, les individus déjà sous le coup d'une maladie aiguë, mais, au moment de la convalescence, cette immunité cesse (Graves). Plus fréquente chez les adultes que chez les enfants et les vieillards, elle est en général très-grave chez ces derniers. A l'égard du sexe, il n'y a pas de différence constante. Les médecins de Londres ont constaté que les hommes étaient affectés en plus grand nombre que les femmes, l'inverse a eu lieu pour d'autres contrées. On a noté qu'en général, au début de l'épidémie, les hommes sont plus spécialement atteints; plus tard, il y a égale répartition entre les sexes (H. Gintrac).

Les causes des cas individuels en temps d'épidémie, sont réellement insaisissables; le refroidissement n'est même pas nécessaire à la production de la grippe, puisqu'on a vu des individus en être affectés sans avoir quitté leur chambre.

La marche de l'épidémie d'une localité à une autre, a une rapidité très-variable, sans qu'on puisse saisir la raison de ces différences; mais le développement individuel est très-prompt; il n'y a pas de période d'incubation, et l'étranger qui arrive dans une localité infectée peut être frappé quelques heures après (Biermer). Ce fait suffit pour prouver l'absence de CONTAGION.

Les récidives sont fréquentes et il n'est pas rare de voir, dans le cours d'une même épidémie, un individu être plusieurs fois atteint de la maladie.

La grippe se développe aussi chez les animaux, surtout chez les chevaux, avec ou sans coïncidence chez l'homme. La grande épizootie qui frappa en 1827, la race chevaline dans la plus grande partie de l'Europe, et qui a été décrite par Hertwig, sous le nom de fièvre catarrhale nerveuse, était dans ce dernier cas; car, à ce moment, il n'y avait de grippe humaine que dans l'Amérique du Nord, au Mexique et en Sibérie (Biermer). La récente épizootie qui sévit à New-York en 1872, et fit périr dans cette seule ville près de seize mille chevaux, semble appartenir aussi à l'influenza, suivant Woodbury, et elle n'a pas coïncidé avec la grippe humaine.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les lésions propres à la grippe sont peu nombreuses, si l'on a soin de défalquer des altérations qui, pour fréquentes qu'elles soient, n'en sont pas moins des complications inconstantes.

Ces lésions anatomiques consistent essentiellement dans une hyperémie diffuse des fosses nasales, du larynx, de la trachée et des bronches; cette congestion phlegmasique peut être limitée à l'appareil bronchique d'un seul poumon (Green). Des mucosités spumeuses ou sanguinolentes occupent la cavité des bronches, surtout des petits tuyaux bronchiques dont la muqueuse présente une rougeur plus ou moins vive et quelquefois même un certain degré de ramollissement. Tout peut être borné là.

Dans d'autres cas, il existe une congestion pulmonaire qu'il ne faut pas confondre avec la pneumonie; le tissu du poumon offre une coloration rouge sombre ou violet, il crépite peu; quoique sa densité soit augmentée, il surnage cependant; le parenchyme présente en outre une augmentation de friabilité, souvent même une infiltration séreuse analogue à celle du catarrhe rubéolique ou typhoïde. On ne peut s'empêcher de rapprocher ces phénomènes de ceux que produit la paralysie des nerfs vagues.

On trouve quelquefois dans l'estomac, plus rarement sur la muqueuse intestinale, des traces d'une hyperémie plus ou moins intense et les signes anatomiques ordinaires du catarrhe gastro-intestinal.

Ces lésions seules ne peuvent rendre compte de la maladie et des formes variées qu'elle revêt dans les diverses épidémies; elles sont les manifestations locales d'une affection générale, comme le sont dans la fièvre typhoïde, les lésions intestinales, ou les lésions cutanées dans les fièvres éruptives (Bucquoy).

En général dans les épidémies de grippe, la mort est causée par la pneumonie vraie, ou par la bronchite capillaire; cette dernière complication est surtout fréquente chez les vieillards et chez les jeunes enfants.

Il n'est pas rare de trouver dans les bronches deux sortes de produits: des

fausses membranes ou des concrétions fibrineuses (Nonat, Hourmann et Dechambre, Legrand). Ces dernières se présentent sous forme de petits cylindres visqueux, élastiques, semi-transparents, parfois grisâtres et opaques, comme le sont les pseudo-membranes, mais non canaliculés, non adhérents aux parois des bronches; ce ne sont probablement que des concrétions de mucus et de fibrine, car, au microscope, ils présentent la texture du mucus ou de la fibrine inflammatoire, à savoir, des granules amorphes et des globules pyoïdes, emprisonnés dans un liquide tenace (Legrand).

On rencontre aussi quelquefois comme complications les lésions de la pleurésie (Green), de la péricardite, des concrétions fibrineuses dans les cavités cardiaques (Lancisi). Ces dernières sont plus communes chez les sujets jeunes ou adultes; chez les vieillards, le sang est fluide et foncé en couleur, soit dans les cavités du cœur, soit dans les vaisseaux (G. Green). — Dechambre a observé, dans certains cas, la tuméfaction des plaques de Peyer et l'inflammation des méninges.

## SYMPTOMES ET MARCHE.

L'influenza ne présente pas toujours la même intensité, et ne se traduit pas chez tous les malades par des manifestations identiques. Il en est ici comme dans les autres affections épidémiques; l'âge et la constitution des individus, les conditions dans lesquelles l'influence morbide vient les saisir, modifient grandement la manière d'être de la maladie; chacun est impressionné à sa façon, et l'on observe toutes les nuances, depuis le simple coryza ou le catarrhe qui n'exige aucun traitement, jusqu'à la fièvre catarrhale de la pire espèce (Graves). Sauf dans les cas très-légers, la caractéristique du début est la PERTURBATION NERVEUSE qui s'exprime par un sentiment de lassitude profonde, d'abattement, de prostration; Landouzy et Pétrequin ont noté une telle dépression des forces que les malades, ayant encore l'apparence de la santé, étaient obligés de se faire porter à l'hôpital; il leur était impossible de marcher. — A ces phénomènes initiaux s'ajoute une céphalalgie violente occupant la région frontale et orbitaire. Dans certains cas, la douleur est étendue à la totalité du crâne et s'accompagne d'une hyperesthésie cutanée des plus vives. Les malades courbaturés, accablés, éprouvent des douleurs contusives dans les membres, dans la poitrine, à l'épigastre, dans le dos. Chez d'autres des névralgies se manifestent dans les points les plus différents: tantôt c'est une névralgie trifaciale revenant comme la migraine sous forme de véritables accès, tantôt c'est une névralgie intercostale ou sciatique; le plus souvent, enfin, ce sont des arthralgies et des myosalgies plus

ou moins aiguës et persistantes. Quelquefois, comme dans les épidémies de grippe de 1782 et 1837, les troubles nerveux sont plus graves encore; les malades sont agités, anxieux, privés de tout sommeil; au moindre mouvement, ils ont des vertiges, des lipothymies ou même des syncopes; il n'est pas rare de voir éclater du délire. Dans certaines épidémies, on a noté de la somnolence; la prédominance de ce dernier phénomène fit qualifier de maladie soporale l'épidémie de 1712. Enfin, dans les cas très-graves, on a observé des contractions douloureuses des muscles, des crampes, des contractures, du tremblement, des soubresauts des tendons, voire même des mouvements convulsifs des membres inférieurs; mais il est probable qu'il s'agissait, en pareil cas, de complications et que ces désordres ne relevaient pas directement de l'influenza elle-même.

Les troubles nerveux initiaux, qui constituent l'affection cérébro-spinale de Graves et d'Eisenmann, distinguent l'invasion de la grippe de celle du catarrhe commun, et justifient l'opinion de ceux qui pensent avec Peyton, Blakinston, Landau, que le poison générateur de l'influenza agit tout d'abord sur le système nerveux.

Le DÉBUT de la maladie est le plus souvent très-brusque, comme l'indique le nom de catarrhe foudroyant (*Blitzkatarrh*) que lui ont donné quelques auteurs allemands. Généralement, il est marqué par un violent frisson, ou par des frissonnements accompagnés d'une sensation de malaise, et de douleurs fugaces dans les membres et dans les articulations. Ce n'est que dans les cas graves que l'on observe une élévation considérable de la température. La FIÈVRE offre des caractères inconstants et peut même manquer tout à fait; quand elle existe, elle n'a rien de régulier et il est impossible de saisir un cycle thermique défini; cette année même j'ai vu bon nombre de courbes thermométriques dans lesquelles le seul trait dominant était l'irrégularité; elle est telle parfois qu'elle va jusqu'à la cessation momentanée de la fièvre et jusqu'au type inverse de la température (moins élevée le soir que le matin; — j'ai eu l'occasion d'observer deux fois cette particularité). Suivant Wunderlich, le début de l'élévation thermique est rarement rapide; la température monte comme dans la période initiale de la fièvre typhoïde, mais sans la même régularité ni la même constance, tantôt avec plus de rapidité, tantôt avec plus de lenteur, et le plus souvent elle n'atteint pas une aussi grande hauteur. Les caractères du fastigium sont à peu près les mêmes que dans le typhus abdominal; dans les deux cas, on observe les mêmes rémissions et exacerbations quotidiennes. La défervescence présente aussi en général le même type lytique et rémittent; cependant la diminution thermique s'opère plus rapidement dans la grippe. En revanche, il n'est pas rare de constater dans cette dernière affection que la température, après s'être rapprochée de l'état normal, s'arrête pendant un certain temps à un niveau un peu

supérieur, ou du moins présente de plus grandes élévations vespérales que dans la convalescence complète (Wunderlich). La fièvre peut revêtir dans certains cas le type intermittent (Sennert (1580), Willis (1658), Baker (1762), D. Monro (1767), Fothergill (1775), Pearson (1803), Carrière (1864). — Le pouls conserve rarement des caractères identiques dans tout le cours de la maladie; tantôt il est plein et accéléré (80 à 100), tantôt petit et faible; assez souvent irrégulier, il peut offrir en quelques heures des modifications successives sur lesquelles Graves insiste avec raison; d'abord rapide et dur, il devient bientôt mou et accéléré, pour reprendre ensuite sa dureté primitive ou sa fréquence normale. Il n'est pas rare de le trouver plein, fort et vibrant, vers la fin de la maladie, et cela chez des individus qui souffrent depuis des semaines entières.

La circulation capillaire est ordinairement activée, la peau devient chaude et sèche; d'autres fois elle est couverte de sueurs profuses qui n'amènent, il est vrai, aucun amendement dans l'état du malade. Dans l'épidémie qui sévit à Londres en 1782, la diaphorèse était si abondante que la grippe fut qualifiée d'affection sudorale (Parkes).

Cet éréthisme de la circulation cutanée se traduit parfois par des éruptions vésiculeuses ou miliaires, par des sudamina disséminés à la surface du corps ou par des groupes d'herpès localisés le plus souvent sur les lèvres (Peacock). On a noté, dans certains cas plus rares, la présence de taches livides ou pétéchiales sur les téguments (Hoffmann et Loew, épidémie de 1729). La face au début est anxieuse, rouge, animée et paraît comme tuméfiée; d'après Landouzy et Biermer, les malades gravement atteints auraient souvent les traits abattus et l'aspect typhique; les yeux sont brillants, injectés, larmoyants, et dans certains cas les conjonctives présentent des suffusions sanguines plus ou moins étendues, ou sont le siège d'une inflammation catarrhale assez vive (Wolf).

Une sensation de chatouillement, de picotement, de chaleur et de sécheresse dans les narines, accompagnée d'éternuements répétés, annoncent l'apparition du coryza qui, dans certains cas, est d'une extrême violence, et ne tarde pas à provoquer une abondante sécrétion de mucus d'abord limpide, puis glaireux, épais et verdâtre. L'inflammation de la pituitaire s'étend parfois aux sinus frontaux et détermine une douleur frontale térébrante et profonde qui, s'ajoutant à la céphalalgie du début, contribue puissamment à accroître l'intensité de ce douloureux symptôme. Les épistaxis sont fréquentes à cette période, Häser et Tigri ont observé sur la muqueuse du voile du palais des taches rubéoliques, et dans un cas terminé par la mort une rougeur punctiforme de la muqueuse de la trachée. Le dernier de ces auteurs tient cette éruption pour aussi constante que celle des fièvres exanthématiques.

L'inflammation de la muqueuse du larynx produit une toux sèche, la

raucité de la voix et même une aphonie complète. Ces symptômes sont quelquefois très-opiniâtres; mais de tous les phénomènes du début de la grippe, le plus important et aussi le plus intense est assurément la dyspnée, qui peut aller quelquefois jusqu'à l'orthopnée, et qui est sans rapport avec l'étendue et l'intensité de la lésion broncho-pulmonaire. Dans beaucoup de cas, la dyspnée est intermittente ou du moins présente à certaines heures des exacerbations et des rémissions notables, et ne peut être alors attribuée qu'à l'atteinte portée à l'innervation, en d'autres termes à la paralysie des nerfs vagues (dyspnée par affection des nerfs de J. Frank, dyspnée par paralysie des poumons de Graves). Parfois deux éléments concourent à la produire, le trouble nerveux, et l'étendue du catarrhe bronchique souvent compliqué de congestion pulmonaire. Cette dyspnée devient excessive lorsque le poumon est sérieusement engagé; elle est plus marquée encore chez les individus qui ont déjà souffert antérieurement de quelque affection pulmonaire ou cardiaque (grippe suffocante ou asphyxiante).

La PERCUSSION ne fournit en général aucun résultat important. L'AUSCULTATION donne des résultats variables suivant la localisation du catarrhe. Si la laryngite domine, les râles sont complètement défaut dans la cavité thoracique; la respiration est rude et accompagnée d'un sifflement laryngé, si l'affection est plus intense et si la sécrétion catarrhale est peu abondante mais assez visqueuse; on observera, au contraire, un gros râle bullaire ayant son siège au niveau du larynx, si les mucosités sont abondantes. Si la trachée et les grosses bronches sont le siège de la phlegmasie, les phénomènes stéthoscopiques sont bornés le plus souvent à quelques râles sibilants, à des rhonchus sonores disséminés dans la poitrine. Que l'inflammation envahisse les bronches moyennes et capillaires, on percevra des râles muqueux, bullaires ou sous-crépitaux en nombre plus ou moins considérable.

Dès le début de la maladie la TOUX est sèche, douloureuse, convulsive et présente des quintes pénibles revenant surtout dans la soirée et pendant la nuit. Ces accès fréquents et intenses provoquent souvent des vomissements ou des vomituritions, et sont accompagnés de douleurs déchirantes ou contusives dans les parois thoraciques. Dans d'autres cas, la toux est également violente le jour et la nuit; il arrive aussi très-fréquemment que des individus qui sont guéris de leur grippe sont encore tourmentés par la toux. « Dans ces circonstances, dit Graves, les médicaments sont à peu près inutiles et ce qu'il y a de mieux à faire, c'est d'envoyer les malades respirer l'air pur de la campagne; j'ai réussi de cette façon à faire disparaître en quelques jours, des toux qui avaient résisté à toute espèce de traitement. » « Quelquefois, ajoute l'éminent clinicien de Dublin, même lorsqu'il y a de la dyspnée, la toux est rude et sèche, l'expectoration rare; d'autres fois, au contraire, elle est tellement

abondante que les malades se consomment en efforts incessants mais souvent infructueux. » Les crachats offrent beaucoup de ressemblance avec ceux de la bronchite ordinaire; ils consistent en un mucus grisâtre; un peu plus tard, ils prennent une apparence globuleuse ou un caractère puriforme, mais ils ne s'agglomèrent pas entre eux. Dans quelques cas, ils sont visqueux et filants comme une solution de gomme ou d'ichthyocolle. Un de leurs caractères les plus remarquables c'est l'absence de bulles d'air (Graves). Dans certaines épidémies, l'expectoration reste fort longtemps séreuse et difficile (épidémie de 1830), tandis que dans d'autres (1837) les crachats deviennent de bonne heure abondants, opaques, numulaires comme ceux de la phthisie ou de la rougeole. On a signalé en 1837 (Landouzy) la fréquence des hémoptysies; mais, comme j'aurai bientôt l'occasion de le dire, la grippe exerçant une influence réelle sur la phthisie, il est probable que l'hémoptysie doit être en pareil cas rapportée plutôt à l'affection tuberculeuse qu'à la grippe elle-même.

Les troubles gastro-intestinaux peuvent par leur fréquence être considérés comme un des éléments principaux de l'influenza. Dès le début de la maladie, la langue est blanche et pâteuse, la soif vive, l'appétit nul; certains malades ressentent une ardeur et une sécheresse spéciale de l'arrière-gorge qui rendent la déglutition douloureuse (œsophagite et pharyngite catarrhales de Ziegler).

Il n'est pas rare d'observer des nausées et des vomissements alimentaires, muqueux ou bilieux; dans quelques épidémies, on a noté une teinte subictérique des conjonctives et des téguments, une sensibilité de l'hypocondre droit et de l'épigastre (Peacock). Lorsque la diarrhée survient dans la grippe, c'est le plus souvent au début de la maladie et il n'est pas rare de voir succéder à cet état une constipation plus ou moins opiniâtre. Vigla a également observé la diarrhée dans l'épidémie de 1837; mais, à l'encontre de Graves, il la considère comme plus fréquente vers la fin de la grippe et notamment chez les hommes. J'ai déjà signalé l'abattement et la prostration des forces qui marquent le début de la maladie et constituent l'un de ses caractères dominants; cette lassitude profonde, accompagnée ou non d'un certain degré d'apathie ou d'hébétéude, persiste pendant toute la durée de l'influenza et se retrouve encore longtemps après la convalescence. Il se fait quelquefois une détermination morbide vers le cerveau et l'on voit alors survenir le délire ou le coma; dans trois faits observés par Swift, l'influenza amena un ensemble de symptômes qui rappelaient exactement ceux du délirium tremens. Dans ces trois cas auxquels Graves fait allusion, outre les phénomènes pulmonaires habituels, il y avait eu dès le début de l'agitation, une céphalalgie intense, des bourdonnements d'oreilles et de l'intolérance pour la lumière. Au bout de cinq à six jours, les malades étaient devenus très-irritables; ils avaient perdu le sommeil, avaient été pris de soubresauts,

de tremblements et de délire nocturne. Aussi longtemps que durèrent les phénomènes cérébraux, l'affection pulmonaire disparut ou fut notablement atténuée; elle reprit ses caractères primitifs lorsque le délire eut cessé. Ces trois malades guérirent. Ces troubles secondaires doivent être soigneusement distingués de ceux qui se montrent lors de l'invasion dans les formes graves.

Quant aux caractères du SANG, il règne une grande incertitude: suivant les uns, ce liquide conserverait sa couleur et sa consistance; suivant d'autres, il serait plus fluide que de coutume et le caillot serait moins ferme (Nonat); Vigla, d'un autre côté, aurait rencontré plusieurs fois le sang coenueux, même en l'absence de toute complication inflammatoire (H. Gintrac).

La sécrétion urinaire est fréquemment diminuée; quelquefois même complètement suspendue. Les URINES sont rouges, chargées d'urates, et renferment quelquefois une abondante quantité d'uroérythrine ou de purpurine (acide rosacé de Prout, acide rosacique de Vauquelin); elles présentent en un mot quelque analogie avec l'urine des rhumatisants et des goutteux. Dans les cas funestes, ces caractères persistent sans changement jusqu'au moment de la mort (Graves, Gintrac).

La PNEUMONIE est de toutes les complications de la grippe, la plus redoutable et peut-être aussi la plus fréquente; cette fréquence pourtant varie suivant les épidémies: Landau l'a observée 33 fois sur 125 cas, Lepelletier 25 fois sur 200, Copland 40 fois sur 183. La proportion serait de 5 à 10 pour 100, suivant Biermer. Cette pneumonie grippale, comme on l'a appelée, présente souvent une physionomie spéciale. Elle survient vers le deuxième ou le troisième jour de l'influenza, le plus habituellement le cinquième ou le sixième jour, quelquefois même plus tard (neuvième jour, Landau) ou seulement dans la convalescence (Vigla). — Son début est insidieux et latent, la douleur de côté est rarement intense, rarement aussi on constate la véritable crépitation fine, sèche, nombreuse de la pneumonie franche; les râles sont presque toujours plus humides que dans cette dernière; les crachats, à peine aérés et visqueux, ne diffèrent guère de ceux de la bronchite simple; mais la matité, le souffle tubaire, le frisson initial, le redoublement de la fièvre sont des signes plus caractéristiques. La dyspnée est souvent excessive mais sans rapport avec l'étendue de la phlegmasie; il n'est même pas rare de voir de véritables accès d'asphyxie. Au milieu de ces troubles créés par la complication pulmonaire, le pouls conserve une fréquence moyenne, mais il est mou et dépressible, l'adynamie est prompte, la prostration profonde, et, d'après cet appareil symptomatique, il n'est pas surprenant que la maladie ait plus souvent une issue funeste que lorsque la pneumonie est tout à fait primitive (Grisolle).

Les prédominances symptomatiques vicieusement interprétées comme des formes, ainsi qu'il a été fait pour la fièvre typhoïde, ont fait admettre

une grippe cérébrale (on aurait dû dire cérébro-spinale), une grippe thoracique ou pectorale, et enfin une grippe abdominale. — A un autre point de vue, on a distingué une forme bilieuse, ataxique, ataxo-adynamique, etc. — J'admets comme pour la fièvre typhoïde une forme GRAVE, une forme COMMUNE et une forme LÉGÈRE. La description symptomatique qui précède s'appliquant aux deux premières modalités de la maladie, je me borne à signaler succinctement les apparences que revêt la grippe dans les cas légers. Elle se présente alors sous la forme de coryza, de laryngite, de trachéite accompagnées le plus souvent d'un abattement général qui force les malades à garder le lit. — Mais quelquefois les symptômes sont encore plus rudimentaires et les malades, comme on l'a dit, ont la grippe sans le savoir; tout se borne à un simple malaise, à un sentiment de lassitude vague qui ne va pas jusqu'à la fièvre, mais qui est caractérisé par un léger coryza, de la céphalalgie, de l'inaptitude au travail, de la toux, de l'enrouement; le malade mange et boit comme à son ordinaire, il peut encore vaquer à ses occupations et dort bien pendant la nuit. Cette forme, que l'on pourrait qualifier de fruste, n'est pas rare dans certaines épidémies, surtout à leur déclin.

La DURÉE de la grippe est très-variable; tantôt elle marche avec rapidité et accomplit son évolution complète en quelques jours; tantôt elle prolonge son cours et persiste plusieurs septénaires. Elle dure en moyenne quatre ou cinq jours dans les cas bénins; deux ou plusieurs septénaires dans les cas compliqués. La guérison peut succéder soit à l'amendement successif et graduel des symptômes, soit à l'apparition de certains phénomènes considérés, pour ce fait, comme critiques (sueurs profuses, épistaxis, diarrhée abondante, diurèse copieuse, vomissements bilieux, urines sédimenteuses, éruption d'herpès labialis). La mort a lieu d'une façon rapide, amenée par l'asphyxie, par la congestion cérébrale, ou par une altération profonde du tissu pulmonaire (H. Gintrac).

Dans certains cas, malgré l'apparente bénignité de la maladie, la convalescence est longue et traînante. La persistance de quelques symptômes incommodes et fâcheux, tels que la céphalalgie, la faiblesse musculaire, la toux empêchent ou retardent le rétablissement définitif et complet. Les forces reviennent avec peine, et les organes digestifs reprennent lentement leurs fonctions; il reste surtout une impressionnabilité excessive aux vicissitudes atmosphériques; aussi les rechutes sont-elles très-fréquentes, et de plus elles sont en général assez sérieuses à cause de la facilité avec laquelle la pneumonie peut survenir, et aussi à cause de l'affaiblissement déjà subi par le malade lors de la première invasion (Hardy et Béhier). Une attaque première bien guérie ne met pas à l'abri d'une seconde (Pétrequin), ni même d'une troisième ou d'une cinquième atteinte (Voisin).

La grippe entraîne à sa suite diverses affections dont la fréquence est

telle que beaucoup d'observateurs les ont regardées comme propres à la maladie; telles sont la laryngite et la bronchite chroniques; je reviendrai sur ce point. Qu'il me suffise de rappeler ici la judicieuse remarque de Graves : chez un grand nombre, l'influenza est le point de départ d'autres maladies graves; il en était surtout ainsi dans l'épidémie de 1847. Ces maladies secondaires peuvent ordinairement être rapportées à la dépression considérable du système nerveux. Trois malades, soignés par Mulock, s'étant exposés au froid pendant leur convalescence, eurent une rechute qui aboutit chez tous les trois à l'aliénation mentale. L'un d'eux mourut; mais Graves, qui relate ces faits, n'indique pas s'il existait antérieurement chez ces individus des désordres psychiques.

#### DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

En présence de cet ensemble de symptômes joints au caractère épidémique de la maladie, le diagnostic de la grippe semble de prime abord chose simple et facile. Il ne laisse pas cependant d'offrir dans certains cas de sérieuses difficultés; l'intensité des phénomènes généraux, la prostration, la toux pénible, opiniâtre et nocturne, l'absence ou le peu d'importance des signes stéthoscopiques, la dyspnée intense et disproportionnée aux localisations bronchiques distingueront la grippe du CATARRHE COMMUN, et la considération des circonstances étiologiques viendra bientôt lever tous les doutes. — La prédominance de certains symptômes pourrait détourner l'attention de l'observateur des signes principaux; c'est ainsi que les douleurs musculaires et articulaires jointes à la sensation de brisement des membres et à la fièvre, pourraient faire croire à l'invasion d'un RHUMATISME AIGU; — de même l'intensité de la céphalalgie et de la fièvre, l'abattement et la prostration extrêmes, la violence des phénomènes gastro-intestinaux, les épistaxis et la bronchite, enfin les troubles nerveux du début de la grippe pourraient en imposer pour une FIÈVRE TYPHOÏDE; mais, en pareil cas, l'observation rigoureuse et soutenue de la température, les caractères du pouls, l'éruption des taches rosées lenticulaires, le météorisme, les gargouillements et la douleur provoquée par la pression au niveau de la fosse iliaque, enfin l'augmentation de volume de la rate suffiront à éclairer le diagnostic, un instant obscurci par une similitude symptomatique plus apparente que réelle. — La prédominance des phénomènes thoraciques, associée à la prostration des forces, à la dyspnée excessive et à une élévation considérable de la température simuleront parfois l'invasion de la GRANULOSE AIGUË, que la notion des antécédents héréditaires et la marche pourront seules confirmer ou exclure. — Enfin il sera quelquefois difficile de distinguer la grippe du premier stade de la ROUGEOLE, en raison du

catarrhe qui est commun, et de l'état général qui souvent est le même dans les deux maladies; mais la marche de l'affection aussi bien que les renseignements anamnestiques fixeront le jugement. — J'ai suffisamment insisté sur les caractères de la PNEUMONIE GRIPPALE, pour qu'il ne soit plus nécessaire de revenir ici sur le diagnostic différentiel de cette complication, à la fois si fréquente et si grave.

Le pronostic de la grippe est très-variable au point de vue de la mortalité dans chaque épidémie. Dans la seule ville de Dublin, au rapport de Graves, l'influenza aurait en 1837 fait périr environ 4000 malades; à Paris, durant l'épidémie qui sévit dans la même année, la moyenne de la mortalité, notée pendant les quinze premiers jours de février, s'éleva à 110, c'est-à-dire à plus du double du chiffre ordinaire; à Londres, il mourut en moyenne près de 1000 individus par semaine; l'épidémie de 1847 n'a guère été moins grave. En 1833 et en 1834 la maladie fut beaucoup moins meurtrière; l'influenza de 1834 était plus aiguë, frappait plus vivement le système nerveux, mais les sujets qui résistaient pendant la première semaine à son atteinte, succombaient très-rarement dans les phases ultérieures de l'affection.

Un certain nombre de conditions exercent une influence réelle sur le pronostic individuel; ce sont en premier lieu l'âge, le sexe des malades et leur état de santé au moment de l'attaque. Dans toutes les épidémies de grippe, on a constaté l'extrême gravité de cette maladie chez les vieillards, même chez ceux qui n'étaient pas dans des conditions de sénilité extrême ou de débilité profonde. « Un mois de grippe, a dit Marc d'Espine, fait mourir les vieillards de soixante à quatre-vingts ans dans la proportion de 32 sur 100; tandis qu'un mois ordinaire n'en fait disparaître que 11 sur le même nombre. »

Les femmes semblent succomber en plus grande proportion, relativement à la population et au nombre des personnes atteintes (Walshe). La grippe provoque souvent l'avortement chez les femmes enceintes; de même elle paraît favoriser l'apparition du flux cataménial chez les dysménorrhéiques (Zuelzer).

Les cas même très-graves en apparence ont en général une heureuse issue quand ils ne concernent pas des vieillards, des enfants ou des individus affaiblis; mais chez ces derniers la léthalité devient plus grande encore s'ils sont déjà atteints de quelque autre maladie, bronchite chronique par exemple, emphysème, tuberculose pulmonaire, lésions organiques du cœur, affections des centres nerveux, goutte, scorbut, etc. Dans tous les cas où la grippe frappe des sujets dont les poumons sont irrités ou affaiblis, le danger est considérable. L'expérience a prouvé aussi que quand l'influenza laissait après elle une toux persistante et rebelle chez un sujet scrofuleux, elle conduisait très-aisément à la phthisie tuberculeuse (Graves). J'ai eu maintes fois l'occasion d'observer



moi-même la funeste influence de la grippe sur le développement de maladies pulmonaires graves, notamment sur celui de la phthisie caséuse.

#### TRAITEMENT.

Le traitement de la grippe varie forcément suivant le caractère épidémique; or il est essentiel de se souvenir que cette maladie n'est pas toujours uniforme et qu'elle se présente, dans chaque épidémie, avec une physionomie, un aspect différent; elle porte, en un mot, comme le dit très-judicieusement H. Gintrac, un cachet emprunté aux circonstances sous l'influence desquelles son développement s'effectue; tantôt, elle offre les traits d'une affection décidément inflammatoire (épidémies de 1580, 1658, 1675, 1743, 1762, etc...); tantôt elle est accompagnée de symptômes bilieux (1775, Stoll), quelquefois elle revêt un caractère nerveux (1831); ailleurs elle paraît de nature asthénique ou adynamique (1729, 1800, 1803); bien plus, dans la même épidémie, elle peut présenter des nuances très-diverses. La multiplicité même de ces modalités cliniques rend aisément compte de la diversité des indications thérapeutiques, et de la variété des médications mises en usage.

Ainsi s'expliquent également les dissidences qui règnent parmi les auteurs sur les avantages et les inconvénients des émissions sanguines. Les uns, partisans passionnés de la saignée dans la grippe, pratiquaient constamment la phlébotomie au début de la maladie; les autres, adversaires déclarés de ce moyen, repoussaient formellement les émissions sanguines qu'ils considéraient comme toujours nuisibles; Graves pense que la saignée, à moins qu'elle ne soit pratiquée dans les vingt-quatre premières heures, fait plus de mal que de bien. « Au second ou au troisième jour, dit-il, ce moyen est inadmissible, sauf dans les cas de congestion pulmonaire, » et il affirme avoir eu recours à ce moyen avec succès chez des personnes déjà avancées en âge. Malgré l'autorité de ce maître éminent, je ne puis conseiller l'emploi de la saignée que chez les individus jeunes et vigoureux, et dans les cas où la maladie offre une forme franchement inflammatoire, et un mouvement fébrile intense. En d'autres termes, les indications variables que la maladie présente dans chaque cas particulier doivent être le seul guide du médecin.

Les mêmes remarques s'appliquent à l'emploi des vomitifs, qui ont donné suivant les épidémies, de grands succès ou de grands revers. Si la grippe est liée à des symptômes d'embarras gastro-intestinal, l'ipécacuanha administré au début pourra rendre quelques services; il aura en outre l'avantage de débarrasser les bronches des mucosités abondantes et épaisses qui les remplissent, mais la tendance à l'adynamie et l'affaiblisse-

ment considérable des sujets atteints d'influenza devra rendre très-circonspect dans l'emploi de ce moyen, surtout de l'émétique, dont les effets hyposthénisants pourraient devenir désastreux. Les vomitifs ne doivent donc pas être employés comme méthode générale de traitement, ils doivent répondre eux aussi à des indications spéciales.

L'expectation est le seul traitement à suivre dans les formes légères; dans les autres, on aura recours aux calmants et aux antispasmodiques dont on conçoit aisément l'heureuse application en se rappelant l'origine nerveuse de la dyspnée. Les injections hypodermiques de morphine ont l'avantage de calmer la toux si souvent douloureuse et opiniâtre, et de modérer l'oppression qui constitue l'un des symptômes les plus pénibles de l'influenza. La diarrhée ne doit être combattue que si elle est assez abondante ou assez persistante pour devenir par elle-même une cause d'affaiblissement.

Le sulfate de quinine qui a pu être utile dans quelques cas (Carrière, Bourgogne, Bawling), n'est indiqué que lorsque la fièvre revêt un type intermittent plus ou moins net.

A la moindre marque d'adynamie, la médication stimulante (potion de Todd, alcool) devra être administrée sans retard. Vers la fin de la maladie, si la prostration est trop longue à se dissiper, ou bien chez les vieillards débilités et chez les individus affaiblis par des affections antérieures, on aura recours aux préparations de quinquina, seules ou associées à la potion cordiale, suivant la formule que j'ai déjà bien souvent indiquée, et que je prescris communément.

Quant aux vésicatoires, leur utilité me semble douteuse, car souvent ils ajoutent aux souffrances du malade sans modifier en rien les symptômes pulmonaires ni la dyspnée. « Cette impuissance des vésicatoires, a dit Graves, est une des particularités les plus remarquables de l'histoire de la grippe; pour moi, j'y ai presque complètement renoncé. Les fomentations pratiquées avec de l'eau très-chaude sur la région trachéale et sur la poitrine me paraissent beaucoup plus avantageuses; elles rendent ici, comme dans beaucoup d'autres affections des voies aériennes, d'incontestables services. »