

ment remplie par le sulfate de quinine administré au moment des rémissions, et au besoin pendant les exacerbations.

La *cachexie* doit être traitée avec persévérance par une bonne hygiène, le quinquina en nature et l'*iodure de fer*. S'il y a quelques accès erratiques, il faut les combattre par le quinquina à hautes doses, qui réussit certainement mieux dans ces conditions que le sulfate de quinine. — Les observations de Fleury ont démontré la puissance de l'hydrothérapie non seulement pour combattre l'anémie cachectique, mais aussi pour résoudre les engorgements viscéraux qui l'accompagnent si fréquemment.

CHAPITRE II.

SUETTE MILIAIRE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Le POISON GÉNÉRATEUR de la suette (1) n'est pas connu, mais son affinité avec la malaria est établie : 1° par les conditions telluriques qui pré-

(1) RAYER, *Hist. de l'épid. de suette miliaire*, etc. Paris, 1832. — MOREAU, *Journ. hebdom.*, 1832. — OZANAM, *Hist. des maladies épidém.* Paris, 1835. — BARTHEZ, GUÉNEAU DE MUSSY et LANDOUZY, *Gaz. méd. Paris*, 1833. — PARROT, *Hist. de l'épid. de suette miliaire dans la Dordogne*, Paris, 1843. — LOREAU, GAILLARD, ORILLARD, *Épidémie de Poitiers*. — FOUCART, *De la suette miliaire, de sa nature et de son traitement*. Paris, 1854. — LARTIGUE, *De la suette miliaire*. Thèse de Strasbourg, 1859. — SELLA, *Giornale delle Sc. med.*, 1859. — DAUDÉ, *De l'emploi des ventouses sèches*, etc. (*Union méd.*, 1859). — *De l'emploi du perchlorure de fer* (*Gaz. hôp.*, 1859).

DUMAS, *Epidémie du département du Var* (*Montpellier méd.*, 1860). — BOYER-GOUBERT, *Suette miliaire et intermittente* (*Gaz. hôp.*, 1860). — MASAREI, *Die Frieselepidemie zu Ybbs im Jahre 1859*. — LIÉGEY, *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1860. — HEBRA, *Wiener med. Wochen.*, 1861. — CANTIERI, *Cenni istorici sull' Epidemia migliarosa di Sangimignano* (*Lo Sperimentale*, 1861). — BERTI, *Giorn. Veneto di Sc. med.*, 1861. — SCHÜRR, *De la miliaire; études hist. et path.* Thèse de Strasbourg, 1863. — PUTEGNAT, *Sur les pneumonies suettiques* (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1863). — GINANNESCHI, *Della vaccinazione nella miliare* (*Gaz. med. ital. prov. Sarde*, 1863). — FACEN, *Della Febbre migliarosa e tifoïdea*, etc. (*Giorn. Veneto di Sc. med.*, 1864). — GALTIER, *Épid. de Castelnaudary*. Toulouse, 1866. — DUMAS, *Epid. de Draguignan*. Montpellier, 1866. — OTTONI, *Solfiti nella febbre migliare* (*Gaz. med. ital. Lomb.*, 1866). — BASTARD, *Étude sur le traitement de la suette miliaire*. Paris, 1867. — GRESSER, *De la curabilité constante de la suette*, etc. Paris, 1867. — COURAL, *Hist. de la suette miliaire qui a régné à Saint-Chinian*

sident au développement de la maladie; — 2° par les coïncidences pathologiques qui montrent la suette sévissant ou alternant avec les fièvres palustres; — 3° par les allures mêmes de cette fièvre qui a souvent le caractère rémittent et pernicieux; — 4° par la non-reproductibilité du poison dans l'organisme; d'où résulte que la suette n'est pas plus transmissible que l'infection paludéenne. La maladie ne se manifeste que par des épidémies circonscrites à certaines localités; elle n'est point endémique, rarement sporadique, et elle ne présente même pas la diffusibilité limitée, qui étend la malaria au delà de son foyer originel. Dans la région où la suette est engendrée, elle frappe en plus ou moins grand nombre, selon la réceptivité organique, les habitants exposés à l'influence nocive; mais il n'y a rien là qui implique une transmission d'homme à homme, c'est-à-dire une contagion. Les nombreux observateurs qui ont soutenu l'opinion contraire ont méconnu, je pense, le critérium fondamental de la transmissibilité, savoir le rapport entre l'extension de la cause morbide et l'extension de la maladie qui en est l'effet; pour la suette, ce rapport est tellement exact qu'il ne laisse aucune place pour la transmission par l'homme; la cause est régionale, la maladie l'est aussi, et je ne sache pas qu'on ait jamais vu un médecin ou un malade transporter la suette de son foyer initial dans une localité plus ou moins éloignée. — La maladie n'est point reproductible par l'inoculation du liquide contenu dans les vésicules; ce fait ressort nettement des cinq expériences

pendant les années 1865 et 1866 (*Montpellier méd.*, 1867-1868). — BAILLY, *Relat. d'une épid. de fièvres catarrhales, de pneumonies et de suettes* (*Bullet. Acad. méd.*, 1868). — RAPP, Thèse de Strasbourg, 1868. — PLOUVIEZ, *Essai sur la suette*. Paris, 1868. — FERBER, *Sporadischer Fall von idiopathischem Friesel* (*Arch. der Heilk.*, 1869). — TEILHOL, Thèse de Paris, 1869. — BERNARD, *Épid. de Béziers* (*Ann. Soc. méd. d'Anvers*, 1869).

NOLÉ, *Note sur une épidémie grave de suette miliaire*, etc. (*Journ. des conn. méd.-chir.*, 1870). — GRESSER, *Bullet. Acad. de méd.*, XXXV, 1870. — SEDONI, *Della sopraseduzione urinaria nella migliare* (*Lo Sperimentale*, 1870). — SANTINI, *La Migliare esaminata nelle sue pertinenze morbose*. Firenze, 1870.

BARBIERI, *Tifo e migliare*, etc. (*L'ippocratico*, 1872). — GUIZZARDI, *Riflessioni critiche sulla essentialità ed idiopatia della migliare* (*Eodem loco*, 1872). — GALLETI, *Eodem loco*, 1872. — BORGHI, *Contribuzione alla soluzione della tesi relativa all' innesto della miliare mediante la inoculazione dell' umore vesicolare miliarario* (*Lo Sperimentale*, 1873).

FAZIO, *Miliaris alba* (*Moviment. med. chir.*, 1875). — REIBEL, *Ueber Schweissfriesel* (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1876). — TUCKEY, *Two cases of miliary fever* (*Med. Press and Circular*, 1876). — MAZUEL, *Étude sur la suette miliaire*. Thèse de Paris, 1876. — PRÉTET, *Contrib. à l'étude de la suette miliaire*. Thèse de Paris, 1877. — CARCI, *Nota sull' impiego dell' acido salicilico contra la febbre miliare essenziale* (*Lo Sperimentale*, 1878). — HARDOIN, ROCHARD, *Épid. de l'île d'Oléron* (*Bullet. Acad. de méd.*, 1881).

tentées à ce sujet en 1872 par Borgi, à l'occasion de l'épidémie qui régnait à Galleno dans la province de Florence.

Les épidémies sont très irrégulières au point de vue du temps et des lieux; la suette peut se montrer dans une contrée durant une période de quelques mois ou même de quelques années, puis, une fois éteinte, elle peut fort bien n'y jamais reparaitre; je le répète, elle n'est point endémique. Ce fait seul montre que c'est dans des conditions accidentelles et transitoires qu'il faut chercher la cause de l'infection; or ces conditions ne sont certainement pas climatiques, car la maladie a sévi en Italie, en Angleterre, en France, en Allemagne; elles ne sont pas non plus saisonnières, car les relations d'épidémies ne révèlent aucun rapport absolu; on peut noter seulement que les épidémies ont été plus nombreuses dans le printemps et dans l'été. C'est donc plutôt le sol lui-même qui doit être incriminé, et de fait on a constaté plusieurs fois que l'apparition de la maladie a coïncidé avec des travaux d'irrigation, avec le retrait des eaux après une inondation, avec la saleté ou le curage des canaux; les intéressantes observations de Coural touchant l'épidémie récente du département de l'Hérault sont à cet égard on ne peut plus instructives. Beaucoup d'autres relations, je le reconnais, sont muettes ou négatives sur ce point, et, faute d'autre donnée, les auteurs ont dû se borner à mettre en cause les régions humides et très ombragées; mais ces origines obscures ne peuvent supprimer l'enseignement qui résulte de données plus positives. — La prédominance de la maladie selon l'âge et le sexe varie dans les diverses épidémies, on ne peut en rien dire de précis. Il est bien remarquable que l'agglomération et l'encombrement qui ont une influence si fâcheuse sur les autres maladies infectieuses, n'en montrent aucune sur le développement, l'extension ou la gravité de la suette. Cette maladie ne crée aucune immunité pour l'avenir.

Depuis trente ans la suette a sévi à plusieurs reprises dans diverses contrées de la France; les épidémies de la Dordogne (1841), de Poitiers (1845), de la Somme et de l'Aisne (1852-1853), de l'Hérault (1865), doivent surtout être signalées.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

On ne connaît jusqu'ici aucune lésion caractéristique; on a constaté des congestions viscérales plus ou moins intenses, l'augmentation de volume du foie, la tuméfaction et le ramollissement de la rate; mais ces altérations, d'ailleurs inconstantes, sont celles de toutes les fièvres graves, elles n'ont rien qui soit propre à la suette. Les progrès de l'anatomie pathologique permettent de croire que l'observation ultérieure sera plus féconde; pour moi, en raison de la diaphorèse colossale qui a néces-

sairement pour effet une condensation anormale du sang, en raison des symptômes cardiaques observés dans les cas graves, je pense qu'il faut à l'avenir rechercher avec une particulière attention, d'une part, les thromboses et leurs suites, et d'autre part les lésions de la myocardite.

SYMPTOMES ET MARCHE.

Dans toutes les épidémies on voit des cas d'une extrême bénignité; sans malaise notable, sans fièvre, l'individu est pris de sueurs abondantes dont la cause lui échappe; après un ou deux jours il a l'éruption spéciale de miliaire, en cinq ou six jours tout est fini, il n'a pas eu besoin de s'aliter, parfois même il n'a pas interrompu ses occupations. Ces faits ne peuvent être interprétés qu'en raison de l'épidémie régnante, et ils sont reliés par de nombreux intermédiaires aux cas intenses et graves.

La fréquence des **prodromes** varie avec les épidémies; lorsqu'ils existent, ils sont constitués par du malaise, de la céphalalgie, de l'insapétence, des douleurs plus ou moins vives dans les membres, puis surviennent les frissons, bientôt suivis d'une chaleur intense qui aboutit promptement à la **sueur**. Lorsque les prodromes manquent, le début a lieu par la diaphorèse, et il peut être tout à fait brusque; l'individu s'est couché bien portant, il se réveille dans la nuit, malade et inondé de sueurs. La **céphalalgie** apparaît ou redouble, elle est principalement sus-orbitaire; avec les douleurs des membres il y a un *fourmillement caractéristique aux extrémités des doigts*; et dès le premier ou le second jour le malade est tourmenté par une *constriction épigastrique* des plus pénibles, par des *palpitations* véritablement ataxiques, qui amènent parfois des lipothymies et des syncopes. Dans beaucoup de cas, les **SUEURS** ne sont pas précédées de frissons ni de chaleur sèche; elles se montrent d'emblée sous forme d'une vapeur chaude qui enveloppe tout le corps, et bientôt elles ruissellent avec une abondance dont on peut à peine se faire une idée; elles pénètrent les linges, tous les objets de literie; quand on découvre le malade, un nuage de vapeur se dégage de son lit; ces sueurs, quoi qu'on en ait dit, n'ont pas d'odeur spéciale, à moins que les soins de propreté ne soient négligés. Non seulement ces sueurs ne procurent aucun soulagement, non seulement elles ne sont pas critiques, mais elles aggravent la situation du malade en proportion de leur abondance. La pathogénie générale fait aisément comprendre qu'une diaphorèse de cette abondance a deux espèces de danger: c'est une spoliation qui affaiblit le patient; c'est, d'autre part, l'origine d'un épaissement anormal du sang qui entrave la circulation et qui favorise la parésie cardiaque, à laquelle dispose déjà l'hyperkinésie du cœur au début. Ce qui est certain, c'est que,

dans la période diaphorétique, l'angoisse épigastrique et thoracique redouble, que l'action du cœur est de plus en plus fréquente comme lorsqu'il lutte contre un obstacle, et qu'il y a souvent alors de véritables accès de *dyspnée* très douloureuse, parfois du *délire* et des *convulsions* auxquelles succèdent l'engourdissement et même la paralysie momentanée de certains groupes musculaires. L'abondance des sueurs rend compte de la soif, de la rareté et de la densité de l'urine, et de la constipation qui est absolue.

Qu'il y ait ou non des frissons, la FIÈVRE s'établit avec la diaphorèse; autant qu'on en peut juger sans courbes thermométriques régulières, elle n'est pas très vive, le pouls se maintient vers 100 pulsations, parfois même il ne dépasse pas 84 à 92; il est ample au début, mais lorsque les sueurs sont au maximum, il devient petit et concentré. L'allure de la fièvre n'est pas toujours la même: elle peut être continue, sauf l'exacerbation vespérale ordinaire; dans d'autres cas, elle a tous les jours une ou deux exaspérations qui n'ont rien de régulier; enfin, dans certaines épidémies, elle procède avec des rémissions périodiques (*forme rémittente*), et le redoublement fébrile est accompagné d'une aggravation de l'état général et d'une recrudescence dans les sueurs.

Du troisième au septième jour, quelquefois pas avant le dixième, l'exacerbation de tous les symptômes, notamment des douleurs et des fourmillements, annonce l'éruption. — L'EXANTHÈME revêt deux formes: dans l'une (*miliaire rouge*) il est constitué par de petites taches rouges de 2 à 5 millimètres de diamètre, qui s'effacent par la pression, et qui sont irrégulièrement distribuées; après quelques heures, le centre de la tache présente une petite vésicule remplie de sérosité incolore ou jaunâtre; la transformation des papules en vésicules peut être retardée sur quelques points, mais elle finit toujours par se compléter. Cette forme peut exister seule. — L'autre est rarement isolée, elle est caractérisée par des vésicules diaphanes sans rougeur des téguments (*miliaire blanche*) et représente simplement une poussée de *sudamina*. Au reste, ces deux variétés de l'éruption n'ont aucune signification spéciale au point de vue du pronostic; et il est permis d'y voir non une éruption fondamentale et essentielle comme celle de la variole ou de la rougeole, mais simplement l'effet des sueurs sur la peau. Le développement de la miliaire dans le rhumatisme, la fièvre typhoïde, dans toutes les maladies à sueurs abondantes, les *faits positifs de suette sans éruption* témoignent en faveur de cette opinion.

Quoi qu'il en soit, l'éruption miliaire débute presque toujours sur la face antérieure du tronc, puis on la voit dans le dos, et enfin sur les membres dans le sens de la flexion; elle est rare à la figure. L'abondance est très variable; quand la confluence est totale, on peut à peine saisir un interstice entre les vésicules, et la peau donne au doigt une sensa-

tion inégale, chagrinée, des plus caractéristiques. Il est exceptionnel que l'éruption soit complète d'emblée; elle a lieu par poussées à douze ou vingt-quatre heures de distance, et chacune de ces poussées est marquée par un redoublement des sueurs, de la fièvre et de l'angoisse thoracique. Dans la forme rémittente, les manifestations éruptives suivent le rythme de la fièvre.

Quand l'éruption est achevée, pas avant, la fièvre diminue ainsi que la sueur, la céphalalgie cesse, les nuits sont plus tranquilles, la constriction épigastrique perd de sa violence et n'est plus continue, la dyspnée ne reparait pas, les accidents cérébraux, qui ont pu persister jusqu'alors, cèdent également. Vers le troisième jour de l'éruption, le contenu des vésicules devient opaque, la saillie épidermique se vide et s'affaisse, la rougeur des téguments s'éteint, et du cinquième au septième jour (de l'éruption) la DESQUAMATION a lieu, soit par petites écailles furfuracées comme dans la rougeole, soit par grandes plaques comme dans la scarlatine. Ordinairement cette desquamation ne dure que quelques jours, mais on l'a vue persister durant six à sept semaines (Grisolle); il y avait sans doute alors de nouvelles poussées vésiculeuses.

Telle est la *marche* de la suette dans les cas qui guérissent; la *durée* moyenne est comprise entre un minimum de sept à huit jours (cas légers) et un maximum de quinze à seize (cas intenses). La CONVALESCENCE est longue et pénible; les individus conservent des palpitations, des vertiges, d'autres ont un catarrhe gastro-intestinal qui empêche l'alimentation et le retour des forces, d'autres encore sont simplement faibles et anémiques. Les rechutes ne sont pas rares, mais elles sont courtes et sans gravité; elles se développent fréquemment sous l'influence d'écarts de régime.

La MORT, dont la fréquence varie beaucoup dans les diverses épidémies, peut être très précoce; elle a lieu dans le stade diaphorétique du deuxième au quatrième jour (*suette foudroyante*), au milieu des phénomènes du collapsus et de la parésie cardiaque. Le plus souvent la mort est amenée par des accidents cérébraux, délire, convulsions, coma, qui reconnaissent pour cause, soit une congestion de l'encéphale, soit plutôt l'insuffisance de l'hématose. Dans d'autres cas, la terminaison fatale paraît provoquée par des hémorragies multiples qui ont lieu surtout à la surface des muqueuses; enfin, dans les formes vraiment rémittentes, la mort peut avoir tout l'imprévu de l'accès pernicieux. Dans toutes ces circonstances la terminaison est assez rapide, elle a lieu dans le premier septénaire; mais dans la suette compliquée elle est plus tardive, différée souvent jusqu'au deuxième et au troisième septénaire, et la mort est produite par des complications viscérales, notamment par des pneumonies fibrineuses ou catarrhales, et par des inflammations gastro-intestinales.

Je suis convaincu que des observations anatomiques complètes révéleront dans un bon nombre des cas mortels l'existence de l'*endocardite* ou de la *myocardite*.

Le **diagnostic** n'offre aucune difficulté si l'on ne perd pas de vue les 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 miliaire (suette idiopathique) et l'éruption miliaire 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 mêmes 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 aspersion 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 morbigène 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 Katarrhal-JACCOURD. — Path. int., 7^e édit.* III. — 24