

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 tétrébrante 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 phénomènes 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-crépitants 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, nummulaires, 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'hypochondre 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 couenneux, 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-adyamique, 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, accompagnés 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 semaines dans les cas compliqués. La guérison peut succéder soit à l'amendement successif et graduel des symptômes, soit à l'apparition de certains phé-

nomènes 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 pour-

rait 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, simulera 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 GRIPPALÉ, 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 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 santé extrême ou de débilité profonde. Un mois de grippe, a dit Marc d'Es-

pine, 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 pneumonique.

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 con-

stamment 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'affaiblissement considérable des sujets atteints d'influenza devront 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. Alors même que la fièvre ne présente pas une périodicité régulière, la QUININE est utile dans toutes les formes fébriles; c'est là vraiment une médication fondamentale.

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. »

CHAPITRE IV.

CHOLÉRA INDIEN.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Le **poison cholérigène** naît dans l'Indostan; REPRODUIT PAR L'ORGANISME QU'IL INFECTE, IL EST TRANSMISSIBLE D'HOMME A HOMME AVEC UNE PUISSANCE QUASI PANDÉMIQUE.

Le choléra est donc **CONTAGIEUX** dans le sens précis que j'ai défini précédemment (voy. t. II, p. 862); ce sens est le seul pratique, c'est comme un fil conducteur à travers ces problèmes étiologiques qui doivent une grande partie de leur obscurité à la confusion des termes (1).

(1) Ce chapitre contient le résumé de leçons cliniques que j'ai faites à la Charité en 1866.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

Reports on the epidemic cholera. Bombay, 1819. — JAMESON, *Report*, etc. Calcutta, 1820. — SCOT, *Reports*, etc. Madras, 1824. — ANNESLEY, *Treat. on the ep. cholera of India.* London, 1829. — SEARLE, *Cholera, its nature*, etc. London, 1830. — KÉRAUDREN, *Mém. sur le choléra-morbus de l'Inde.* Paris, 1831. — MOREAU DE JONNÈS, *Rapport sur le choléra-morbus.* Paris, 1831. — JAEHNICHEN et MARCUS, *Animadv. path. anat. de cholera.* Mosq., 1830. — MARCUS, *Rapport sur le choléra à Moscou.* Moscou, 1832. — LICHTENSTÄDT, *Die asiatische Cholera in Russland.* Berlin, 1831. — LICHTENSTÄDT und SEIDLITZ, *Mit. über die Choleraepidemie in St. Petersburg.* Berlin, 1831. — REMER, *Beobacht. über die Cholera in Warschau*, 1831. — PREHAL, *Ueber die Cholera in Gallizien.* Prag, 1831. — SCHNITZER, *Ueber die Cholera contagiosa in Gallizien.* Breslau, 1831. — HILLE, *Beob. über die asiatische Cholera in Warschau.* Leipzig, 1831. — BRIERRE DE BOISMONT, *Cholera-morbus en Pologne.* Paris, 1831. — RIECKE, *Mittheil. über die morgenländische Brechruhr.* Stuttgart, 1831. — *Protocollacte der Aerzte Rigas.* Hamburg, 1831. — *Verhandl. der phys.*

Les **conditions telluriques** qui produisent le poison aux lieux de son origine sont inconnues; les régions à endémie ont les caractères extérieurs des marais; le terrain y abonde en matières végétales et animales

med. Gesell. zu Königsberg über die Cholera, 1831. — *Die epid. Cholera in Stettin von einem Vereine von Aerzten*, 1832. — *Mittheil. der med. chir. Gesells. in Hamburg.* Hamburg, 1833. — *Cholera Zeitungen* von Radius, Casper, Zitterland, Albers, etc., 1831. — ELSÄSSER, *Die epid. Cholera nach Beob. in Wien und Brünn.* Stuttgart, 1832. — BARCHEWITZ, *Ueber die Cholera nach Beobacht. in Russland und Preussen.* Danzig, 1832. — STROMEYER, *Skizzen und Beobacht.* Hannover, 1832. — GAIMARD et GÉRARDIN, *Cholera-morbus en Russie, Prusse, etc.* Paris, 1832. — DELPECH, *Choléra en Angleterre et en Écosse.* Paris, 1832. — ROMBERG, *Hufeland's Journal*, 1832. — GENDRIN, *Monographie du choléra.* Paris, 1832. — BOULLAUD, *Traité du choléra de Paris*, 1832. — MAGENDIE, *Leçons sur le choléra.* Paris, 1832. — BOISSEAU, *Traité du choléra.* Paris, 1832. — *Rapport sur la marche et les effets du choléra à Paris en 1832 par la Commission*, etc. Paris, 1834.

The Cholera Gazette. London, 1832. — DIEFFENBACH, *Physiol. chir. Beobacht. an Cholera-kranken.* Güstrow, 1834. — PFEUFER, *Bericht über die Choleraepidemie in Mittenwald.* München, 1837. — KOPP, *Generalbericht über die Choleraepidemie in München*, 1837. — ROMBERG, *Bericht über die Choleraepidemie in Berlin*, 1837. — WISGRILL, *Æster. med. Jahrb.*, 1837. — LARDNER, *The Lancet*, 1834-1835. — BOSTOCK, *London med. Gaz.*, 1843. — PARKES, *Researches into the pathology*, etc. London, 1847. — ROGERS, *Reports on asiatic cholera in the Madras army.* London, 1848. — GUTCEIT, *Die Cholera.* Leipzig, 1848. — RICHTER, *Die Cholera in Constantinopel* (*Æster. med. Wochen.*, 1848). — POLUNIN, *Abhandl. über die Cholera.* Leipzig, 1848. — STEIFENSAND, *Die asiat. Cholera auf der Grundlage des Malariasiechthums*, Crefeld, 1848. — HEIDLER, *Die epid. Cholera.* Leipzig, 1848. — VIRCHOW, *Med. Reform*, 1848. — HÜBBENET, *Bericht über die Cholera im Kiew'schen Mil. Spital.* Berlin, 1848. — NIEMEYER, *Die symptomatische Behandlung der Cholera.* Magdeburg, 1848.

GRAVES, *Clinical Lectures.* Dublin 1848 (trad. franç. de Jaccoud, 1862).

Die Choleraepidemie im Obuchow'schen Hospital in St. Petersburg, 1848. Saint-Pétersbourg, 1849. — SCHÜTZ, *Virchow's Archiv*, 1849. — *Rigaer Beiträge zur Heilk.* Riga, 1849. — BUDD, *Malignant Cholera.* London, 1849. — KORTUM, *Von der Cholera.* Rostock, 1849. — *Gaz. méd. Paris*, 1849. — SPINDLER, *Le choléra à Strasbourg*, 1849. Strasbourg, 1850. — HAMERNJK, *Die epid. Cholera.* Prag, 1850. — HEIMANN, *Die Choleraepid. in Köln*, 1850. — BRIQUET et MIGNOT, *Traité du choléra.* Paris, 1850. — MELZER, *Studien über die asiatische Brechruhr.* Erlangen, 1850. — *Report of the general board of health on the epid. Cholera*, 1840-1850. London, 1850. — RIECKE, *Die asiat. Cholera und die Gesundheitspflege.* Nordhausen, 1850. — *Die Choleraepid. in Norddeutschland.* Nordhausen, 1851. — WACHSMUTH, *Die Cholera in Gieboldhausen.* Göttingen, 1851. — EBERS, *Günzburg's Zeits.*, 1851. — FARR, *Report on the mortality of Cholera*, 1848-1849. London, 1852. — MIDDELDORPFF, *Günzburg's Zeits.*, 1852. — MÜLLER, MANSFELD, HEIDENHAIN, *Deutsche Klinik*, 1853.

BRÄUSER, *Die Choleraepidemie des Jahres 1852 in Preussen.* Berlin, 1854. — LÖSCHNER, *Schlussbericht über die Choleraepidemie in Prag.* Prag, 1854. — STEIN, *Aerztliche Notiz über die Cholera in München*, 1854. — SKODA, OPPOLZER, PFEU-