

dans un état d'affaiblissement qu'il ne soupçonnait pas, et qui rend tout travail pénible et quelquefois même impossible.

Certains convalescents réagissent après une atteinte légère, reprennent leurs occupations, s'exposant à la fatigue et aux intempéries; ce sont eux qui fournissent un grand contingent aux rechutes, qui peuvent être graves en ouvrant la porte aux localisations pulmonaires.

Le système nerveux central, le système périphérique, peuvent être particulièrement touchés.

Du côté de l'encéphale, on a signalé des désordres psychiques parfois très marqués. M. Joffroy a cité un cas de délire aigu avec agitation maniaque qui dura 2 semaines et se termina par guérison. Grasset a souvent observé dans la dernière épidémie un délire à conceptions suivies et raisonnées. On a signalé de la dépression mentale, avec confusion des idées, affaiblissement de l'attention et horreur du mouvement. On a signalé encore des phénomènes d'excitation, du délire hypocondriaque (Ballet, Séglas) (1). La grippe peut être encore une cause de folie, et Mairet (2) (de Montpellier) a établi les rapports étiologique et pathogénique qu'a affectés la grippe avec l'aliénation mentale. Sous l'influence de la grippe, on peut donc voir survenir une aliénation très nette se traduisant par un délire à direction lypémanique, avec perversions sensorielles chez des sujets plus ou moins prédisposés à présenter des troubles cérébraux mais n'ayant jamais eu de délire (Paul Blocq) (3).

On a signalé de rares cas d'épilepsie jaksonienne (Bilhaut, Erlenmeyer).

Quelques cas de pseudo-méningite, simulant de tous points la méningite et se terminant par la guérison, ont été décrits par MM. Gaucher et Sevestre. On a, d'autre part, observé d'une façon relativement fréquente des méningites suppurées consécutives à des otites ou à des pneumonies et dues au streptocoque ou au pneumocoque de Talamon (Leyden, Ewald, Bidon) (4). Hanot a observé une méningite streptococcique de la base chez un jeune garçon de dix-huit ans. Parent-Duchatelet a rapporté un cas de méningite cérébro-spinale. Nous avons rapporté plus haut les observations de Pfuhl, montrant la localisation possible du bacille de Pfeiffer dans les méninges de l'encéphale.

Les pseudo-méningites grippales sont dues sans doute à l'action des toxines du bacille de Pfeiffer. Cette action est souvent légère et fugace, elle est quelquefois plus intense, mais ne laisse en général aucune trace sur les centres nerveux. Les méningites vraies avec exsudat fibrineux ou suppuré sont dues au pneumocoque, au streptocoque ou au staphylocoque, parfois associés au bacille de l'influenza. Cornil et Durante (5) ont rapporté un certain nombre de cas de pseudo-méningites grippales terminés par la guérison, malgré l'effrayante gravité des symptômes. Paviot (6) a noté l'absence de lésions, dans un cas semblable, à l'autopsie. On trouvera une bonne étude des méningites et pseudo-méningites grippales avec une bibliographie complète, dans le récent travail de Marty (7).

(1) Soc. méd. des hôp., 21 mars 1890.

(2) Montpellier médical, mai et juin 1890.

(3) Gaz. hebdom. de Médec. et de Chirurg., 1890, p. 267.

(4) BIDON, loc. cit.

(5) CORNIL et DURANTE, Méningite grippale. Bull. de l'Acad. de méd., 7 mai 1895.

(6) PAVIOT, Grippe avec symptômes méningitiques. Bull. méd., 1895, p. 951.

(7) J. MARTY, Contribution à l'étude des accidents cérébro-spinaux dans la grippe. Arch. génér. de méd., novembre 1898, p. 515.

Des phénomènes *bulbaires* ont été souvent notés, apparaissant sous forme de tachycardie, de syncopes, de vertiges, de dyspnée, de respiration de Cheyne-Stokes, de lenteur du pouls, d'arythmie, d'intermittences cardiaques, de collapsus cardiaque et même d'accès douloureux rappelant l'angine de poitrine. M. Peter a rapporté plusieurs cas d'*angor pectoris* d'origine grippale. Dans un cas, la mort survint pendant l'attaque.

La rachialgie et la faiblesse des membres que nous avons précédemment décrites, la douleur des genoux, peuvent être considérées comme symptômes résultant d'une localisation *médullaire*. M. Féréol a rapporté un cas de myélite ascendante aiguë chez un malade d'ailleurs morphinomane; M. Laveran a observé également un cas de myélite ascendante aiguë. On a signalé quelques cas de paralysies vésicales ou de paraplégies passagères.

Nous avons déjà parlé des névralgies signalées au cours de la grippe; on a décrit également des névrites périphériques d'origine grippale, et Remak aurait observé une paralysie flasque des quatre membres, due à une polynévrite aiguë. On a signalé encore des cas de poliomyélite aiguë (Ghilarducci) (1).

La grippe a suscité chez certains individus des réveils de névrose. Elle s'est montrée, comme d'autres infections, agent provocateur de l'hystérie (Duhomme, Grasset). Elle a laissé souvent après elle un profond état de neurasthénie, persistant encore des mois après la guérison.

L'action de la grippe sur les maladies médullaires organiques a été peu étudiée. Bidon et Villard ont signalé l'augmentation des douleurs chez les ataxiques.

De tous ces symptômes nerveux, les plus fréquemment observés dans la dernière pandémie étaient la céphalalgie, les douleurs dans les articulations et dans les masses musculaires. Il ne faut pas confondre de simples arthralgies ou des myalgies péri-articulaires avec de véritables pseudo-rhumatismes infectieux (Ollivier de Rouen, Huchard). Si les symptômes pulmonaires manquaient le plus souvent dans la forme nerveuse pure, on observait souvent une toux quinteuse et douloureuse.

La céphalalgie, l'insomnie, l'agitation, l'anxiété, s'observaient surtout chez les individus à tempérament nerveux; la forme adynamique se montrait au contraire chez les surmenés ou chez ceux qui présentaient une tare par le fait d'une cardiopathie (Ballet).

**Symptômes de l'appareil respiratoire. — Forme thoracique.** — Ce sont les symptômes pulmonaires qui font de la grippe une maladie grave.

Ils présentent une grande variabilité suivant les épidémies, suivant leur époque d'apparition, suivant les individus atteints.

C'est ainsi que, dans les épidémies du commencement de ce siècle, les localisations de la grippe sur l'appareil respiratoire étaient pour ainsi dire la règle. Le coryza aigu, une angine d'intensité variable, la laryngite, la trachéite, la bronchite, accompagnaient tous les cas d'intensité moyenne. Dans l'épidémie de 1889-1890, ces symptômes furent rares dans les premiers temps de l'épidémie, puis ils devinrent progressivement plus fréquents et surtout plus graves, si bien qu'au moment de l'apogée de l'épidémie, par le seul fait des bronchites, broncho-pneumonies, pneumonies et congestions pulmonaires, la mortalité

(1) GHILARDUCCI, *Sopra un caso di poliomielite anteriore acuta consecutivo alla influenza*. In Modena, 1890.

s'est élevée dans certaines villes à un chiffre égal à celui des plus fortes épidémies de choléra. Un grand nombre d'individus paraissent prédestinés aux symptômes pulmonaires, tels les surmenés, les débilités et ceux atteints d'une cardiopathie chronique; chez de tels malades la grippe envahit d'emblée le poumon.

Les symptômes pulmonaires sont des plus variables dans leur intensité. Dans sa forme respiratoire la plus simple, la maladie affecte les allures du rhume le plus vulgaire. Elle est apyrétique, sans grands signes stéthoscopiques, et marquée pourtant par une prostration profonde.

La grippe peut toucher isolément ou simultanément différentes parties de l'appareil respiratoire.

Fréquemment la grippe frappe le poumon sans prodromes; le plus souvent cependant le poumon n'est atteint que secondairement. Les voies respiratoires supérieures sont prises tout d'abord et l'inflammation spécifique gagne de proche en proche les différentes parties de l'arbre aérien.

Le *coryza* semble être le prélude de la grippe; il donne au malade un aspect tout particulier. Les narines légèrement gonflées présentent à leur pourtour une coloration d'un rouge vif; elles sont le siège d'un écoulement aqueux, puis glaireux, épais, verdâtre et pouvant même devenir purulent. Ce liquide irritant va porter l'inflammation sur la lèvre supérieure en la souillant; les yeux, larmoyants et frappés de photophobie, sont en même temps atteints d'une conjonctivite plus ou moins intense. Lorsque la muqueuse du nez est très congestionnée, le malade éprouve une certaine difficulté à parler et même à respirer, il est enchâssé et parle la bouche ouverte. Ce catarrhe oculo-nasal donne au facies une physionomie si particulière, qu'à la seule inspection on dit que le malade a le visage *grippé*, expression qui a été consacrée par le langage habituel.

Il est rare que le *coryza* reste localisé.

Le plus souvent l'inflammation s'étend au larynx et détermine une *toux sèche*, quinteuse, pénible, qui empêche le malade de dormir; la voix devient rauque, bitonale, et au niveau du larynx survient une sensation de chaleur avec picotements; l'inflammation gagne ensuite la trachée, les grosses bronches, et l'on dit que *la grippe est tombée sur la poitrine*.

Dans la majorité des cas, les phénomènes inflammatoires ne s'étendent pas plus loin. Au bout de 8 à 10 jours les *symptômes de bronchite* disparaissent. Cependant, chez un grand nombre de malades la toux persiste, et, bien longtemps après que tous les symptômes de la grippe ont disparu, cette toux résiste encore tout traitement.

Telles sont les localisations pulmonaires bénignes.

Les symptômes *laryngés* peuvent présenter une certaine gravité et revêtir l'aspect clinique de l'œdème de la glotte avec dyspnée intense, tirage sus-sternal, angoisse extrême (G. Lyon). La guérison est habituelle. Cartaz a signalé dans un cas des exulcérations de la muqueuse et Moure a observé des ulcérations sur les cordes vocales. On a signalé encore des abcès au niveau des cordes vocales, ainsi qu'une paralysie passagère de ces cordes. Nous devons dire que le plus souvent, dans la laryngite grippale, on n'a trouvé que de la rougeur et du gonflement des cordes vocales et de la muqueuse interaryténoïdienne.

La bronchite très fréquente est caractérisée par quelques râles sibilants et muqueux disséminés dans les deux poumons. Elle peut descendre jusqu'aux petites bronches et se transformer en *bronchite capillaire*. D'une façon géné-

rale, elle n'est grave que chez les vieillards, chez tous ceux qui souffrent d'une pneumopathie antérieure; chez les cardiaques, elle détermine une asystolie rapide par dilatation du cœur droit. Cette bronchite peut devenir rapidement purulente. M. Peter a insisté sur le caractère nummulaire des crachats, qui rappellent ceux des phtisiques. Nous avons observé avec M. Chantemesse un cas où l'expectoration avait pris une odeur faisant redouter l'apparition d'une gangrène pulmonaire. La maladie se termina cependant par la guérison, sans sphacèle.

La forme *bronchoplégique* de M. Huchard est caractérisée par une véritable parésie des bronches, avec dyspnée intense et absence de tout symptôme stéthoscopique.

La *congestion pulmonaire* est loin de comporter un pronostic toujours grave. La température oscille en général entre 38°,5 et 39°, et le malade se plaint d'un point de côté peu douloureux et de dyspnée. A l'auscultation, on entend des râles crépitants dans une étendue plus ou moins considérable, avec un souffle doux, perceptible surtout à la fin de l'inspiration. Ces signes très mobiles peuvent disparaître au bout de 2 ou 3 jours avec la chute de la fièvre, et le malade est alors guéri.

Huchard distingue deux variétés de congestion: l'une hémoptoïque, avec expectoration mousseuse et colorée; l'autre passive, plus longue de durée et consécutive à l'affaissement du tissu pulmonaire. La congestion hémoptoïque est d'une gravité plus grande et peut se terminer par la mort. M. Ferrand<sup>(1)</sup>, dans la dernière épidémie de grippe, a signalé un état particulier des poumons précédant la congestion pulmonaire. Cet état est caractérisé par la diminution du murmure vésiculaire, avec exagération de la résonance et augmentation des vibrations thoraciques.

De toutes les manifestations pulmonaires de la grippe, la plus importante, la plus grave et aussi la plus intéressante est la *pneumonie*, dont on ne peut séparer la description de celle de la broncho-pneumonie.

Dans le cours d'une épidémie de grippe, la pneumonie peut se présenter dans deux conditions très différentes, au déclin ou au début de l'infection.

Dans le premier cas, un individu atteint de grippe depuis quelques jours<sup>(2)</sup>, avec inflammation des voies aériennes supérieures, présente tout d'un coup un état général mauvais, sa température s'élève, la dyspnée survient et une *pneumonie vient se greffer sur le terrain préparé par la grippe*.

Tout autre est le début de la *pneumonie grippale*. Apparaissant au début de la maladie, elle *survient d'emblée comme manifestation primitive* de la grippe. On pourrait croire à l'invasion d'une pneumonie franche aiguë. Cependant, la maladie se présente avec des caractères déjà particuliers<sup>(3)</sup>. Tout d'abord elle est épidémique et frappe plusieurs personnes de la même maison; certains auteurs admettent même qu'elle est contagieuse. De plus, elle a une physionomie clinique spéciale. Le début est insidieux, le frisson initial fait défaut, la douleur de côté est généralement peu intense; le tracé thermique est irrégulier avec des rémissions et des poussées fébriles; rarement on constate la véritable crépitation fine et sèche de la pneumonie franche, on perçoit plutôt du râle sous-crépitant; le souffle est moins rude; les crachats, à peine teintés et

(1) FERRAND, *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 1890, p. 115.

(2) JACCOUD, *Pathol. int.*, 1885, p. 581.

(3) GRISOLLE, *Pathol. int.*, p. 388.

visqueux, ne diffèrent guère de ceux que produit la bronchite simple; exceptionnellement ils renferment un peu de sang. En général la dyspnée est intense et sans rapport avec l'étendue de la phlegmasie; il n'est même pas rare de voir survenir de véritables accidents asphyxiques (Huchard) <sup>(1)</sup>. Le pouls a une fréquence moyenne; il est mou, sans résistance, souvent ralenti et en désaccord avec la température. Quelques malades ont du délire, des soubresauts de tendons; tous sont prostrés comme dans les fièvres graves. Ces pneumonies passent souvent à la suppuration et se compliquent d'albuminurie, de méningite, d'endocardite. Elles peuvent également se terminer par gangrène (Kundrat).

Les foyers d'hépatisation sont multiples; ils passent de l'un à l'autre côté du poumon. La défervescence se fait lentement par poussées successives du sixième au douzième jour, et souvent elle est marquée par des sueurs abondantes. Le pronostic est toujours grave.

Dans deux cas de pneumonie grippale, M. Gaucher <sup>(2)</sup> a constaté l'aspect macroscopique d'une pneumonie lobaire arrivée à l'hépatisation grise, et cependant l'examen microscopique fit voir que cette lésion devait être rapportée non à la pneumonie franche, mais à la broncho-pneumonie. C'était une broncho-pneumonie massive, pseudo-lobaire, caractérisée surtout par l'abondance des leucocytes, qui remplissaient les alvéoles pulmonaires et les bronchioles.

C'est dans ces deux cas que MM. Gaucher et Thoinot ont retiré du suc pulmonaire, de la pulpe splénique et du sang du cœur un petit bacille non pathogène pour les cobayes et les lapins, mais pathogène pour les souris.

Les pleurésies grippales peuvent se présenter soit sous forme de pleurésie sèche ou séro-fibrineuse, survenant en même temps que la congestion pulmonaire, ou à son déclin à la façon d'une véritable crise, soit sous forme de pleurésies purulentes d'emblée ou consécutives à des pneumonies ou à des broncho-pneumonies. Le pus de ces pleurésies donne le plus souvent des cultures de streptocoques, et dans quelques cas des cultures de pneumocoques. L'allure clinique de ces pleurésies purulentes varie suivant la nature du microbe qui les a produites. Les pleurésies à streptocoques les plus fréquentes débutent par un violent point de côté, avec fièvre intense à exaspération vespérale; le pus, d'un jaune sale, se reproduit rapidement après les ponctions et l'empyème. Le début des pleurésies à pneumocoques est insidieux, la fièvre est modérée, le pus est épais, crémeux, et peu abondant. On observe fréquemment des vomiques, et la maladie tend naturellement vers la guérison. M. Letulle a observé un cas de pleurésie interlobaire, guéri 15 jours après la vomique; il a trouvé dans le pus le pneumocoque de Friedlander. Nous avons trouvé dans un cas de pleurésie purulente un bacille indéterminé; M. Letulle a rencontré également le même organisme. Nous avons vu, dans le chapitre consacré à la bactériologie, que Meunier avait constaté le bacille de l'influenza dans un épanchement séro-fibrineux et Pfeiffer dans certaines collections purulentes de la plèvre.

Jaccoud, Morel-Lavallée <sup>(3)</sup>, ont insisté sur la bilatéralité des pleurésies sèches survenant au cours de la grippe.

<sup>(1)</sup> HUCHARD, *Bull. Soc. des hôp.*, 1890, p. 565.

<sup>(2)</sup> GAUCHER, Sur la grippe. *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 1890, p. 104.

<sup>(3)</sup> MOREL-LAVALLÉE. La grippe. Coup d'œil comparatif sur les épidémies de 1889-1890 et 1897-1898. *Journ. de méd. interne*, 1<sup>er</sup> et 15 juillet 1898.

**Symptômes de l'appareil digestif. — Forme gastro-intestinale.** — Après les symptômes nerveux et les localisations pulmonaires de la grippe, les phénomènes gastro-intestinaux sont les plus importants. Le plus souvent ils n'apparaissent qu'à titre de troubles accessoires, mais ils présentent parfois une telle acuité et impriment à la grippe une allure si spéciale qu'ils commandent l'évolution clinique de la maladie.

Lorsque les troubles de l'appareil digestif sont relégués au second plan, ce qui est le cas le plus fréquent, ils consistent surtout en symptômes d'*embarras gastrique*. Dès le début, la langue est blanche sur sa face dorsale et d'un rouge vif sur ses bords; dans les cas graves, elle devient sèche.

Faisans <sup>(1)</sup> a insisté sur des caractères spéciaux à la langue grippale. Elle conserve le plus souvent sa forme et ses dimensions normales; elle est humide, et ce qui la caractérise surtout c'est sa coloration; elle est d'une teinte blanc bleuté, assez analogue à celle de la porcelaine, rappelant un peu celle des plaques muqueuses buccopharyngées; en un mot, elle est *opaline*. Cette coloration opaline est tantôt uniforme et tantôt tachetée.

La langue opaline, ajoute Faisans, dure autant que la grippe elle-même. Elle peut persister alors que le malade semble guéri; il peut rester alors sujet à des recrudescences que l'on appelle à tort des rechutes; le malade éprouve dans la bouche une sensation de chaleur et de sécheresse des plus pénibles; la déglutition même est rendue plus difficile par l'inflammation du pharynx.

L'inappétence est complète, la soif vive. Les douleurs au niveau de l'estomac ne sont pas rares; elles sont caractérisées par une sensation de lourdeur, de pesanteur, qui suit l'ingestion des liquides.

Parfois on observe des vomissements qui apparaissent à la suite de l'ingestion des médicaments.

La constipation est la règle, mais au bout de quelques jours il n'est pas rare d'observer une légère diarrhée.

Le foie peut être congestionné pendant quelques jours; la rate est au contraire presque toujours augmentée de volume; elle atteint parfois le double de son volume normal (Potain, Chantemesse et Widal, Guyot, Fürbringer). Par contre, Comby dit n'avoir rencontré qu'une seule fois la rate augmentée sur cinq autopsies.

A côté de ces symptômes de simple embarras gastrique, il convient de signaler les phénomènes gastro-intestinaux intenses.

Les vomissements surviennent par accès, et l'ingestion de la moindre quantité de liquide les réveille. Des vomissements bilieux ne tardent pas à apparaître, et, lorsqu'ils ont cessé, le malade continue encore à faire des efforts, à avoir des nausées; « il vomit à vide ».

Tous ces symptômes d'*intolérance gastrique* s'accompagnent de douleurs intenses qui se manifestent sous forme d'*accès de gastralgie* avec irradiations dans la région dorsale et dans tout l'abdomen, dont la palpation est parfois très douloureuse. Une diarrhée intense <sup>(2)</sup>, accompagnée de coliques intestinales, ne tarde pas à apparaître, et le malade souffre d'un ténésme très pénible, de crampes et de refroidissement des extrémités. Tous ces symptômes surviennent par accès, et le malade, aux prises avec ces violentes douleurs, tourmenté par des vomissements incoercibles et une diarrhée continuelle, avec son facies grippé, a l'aspect d'un cholérique.

<sup>(1)</sup> FAISANS, La langue grippale. *Soc. méd. des hôp.*, 26 mai 1895, p. 408.

<sup>(2)</sup> FÉREOL, *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 1890, p. 111.

L'entérite dysentérique a été constatée par Fürbringer, par Le Gendre. Comby a signalé le melæna chez une fillette de trois ans. Jürgens a constaté dans une autopsie une gastro-entérite hémorragique.

Parfois les déterminations gastro-intestinales donnent à la maladie les allures de la fièvre typhoïde. Le malade, plongé dans le demi-coma, en proie à des épistaxis répétées, avec de la diarrhée, de la douleur dans la fosse iliaque, de l'albumine dans les urines, a tout l'aspect d'un typhique, et l'on sait combien, pendant plusieurs jours, le diagnostic peut être difficile.

La péritonite suppurée accompagnant la pleurésie purulente a été signalée par exception (Guyot).

Des lésions buccales et dentaires ont encore été signalées. Hugenschmidt<sup>(1)</sup> a rencontré fréquemment des gingivites simples de 5 ou 4 jours de durée, et accompagnées parfois de périostite dentaire généralisée, empêchant le malade de mastiquer. Il a observé encore des gingivites ulcéro-membraneuses, gagnant ensuite toute la cavité buccale et envahissant le voile du palais, les piliers pharyngiens, la luette, les lèvres, la joue, la langue. La durée de cette complication variait entre 10 jours et 1 mois.

La stomatite aphteuse a été rencontrée 9 fois par Hugenschmidt, pendant l'épidémie de 1889-1890. Dans 2 cas, cette complication avait été particulièrement sévère, tant par les grandes dimensions que par la confluence des aphtes (58 aphtes chez un sujet). Nous avons nous-même observé une éruption confluente d'ulcération aphteuse, évoluant, chez un malade, pendant l'épidémie, en même temps que les autres symptômes de la grippe.

Les périostites alvéolo-dentaires suppurées ont été particulièrement fréquentes et se sont présentées avec des allures spéciales. On a pu voir chez un même malade 4 abcès alvéolaires, évoluant simultanément en des points différents de la bouche (Hugenschmidt).

On a signalé des pharyngites érythémateuses, ayant tout l'aspect des angines scarlatineuses (Cartaz).

**Symptômes de l'appareil cardio-vasculaire.** — Les *symptômes cardiaques* jouent un rôle des plus importants dans la marche de la grippe. Souvent la gravité de la maladie dépend uniquement de l'état du cœur. La prédilection marquée de la grippe pour les poumons fait que le cœur se trouve subitement obligé de se contracter énergiquement, pour lutter contre la gêne de la circulation pulmonaire, et c'est précisément à ce moment que le cœur est atteint pour son compte, non seulement dans son enveloppe endopéricardique, mais encore jusque dans l'intimité de ses fibres musculaires.

Tous les cardiaques atteints de grippe peuvent être pris rapidement de symptômes d'une haute gravité; l'*insuffisance cardiaque* chez eux entre rapidement en scène. Les *complications endocardiques* sont exceptionnelles et dues sans doute, quand elles existent, à des infections secondaires. Il en est de même de ces phénomènes de *syncope*, liés à une altération de la fibre cardiaque. S'agit-il d'une myocardite grippale ou bien le muscle cardiaque présente-t-il une tare préalable et latente? C'est là un point qu'il est impossible d'élucider dans la majorité des cas.

(1) HUGENSCHMIDT, Des complications infectieuses buccales et dentaires de la grippe pendant les épidémies 1889-1890 et 1891-1892. *Revue internat. d'odontologie*, août 1892.

Ferrand, Bucquoy, Rendu, Galliard, Antony, ont signalé des *phlébites* dans le cours de la grippe.

Les *hémorragies* sont fréquentes. Chez certains individus, les épistaxis, les métrorragies, sont si abondantes et répétées qu'on pourrait presque croire à l'existence d'une forme hémorragique.

Toutefois, à l'encontre de ce qui s'observe dans les autres maladies infectieuses, les hémorragies ne comportent pas une gravité spéciale, en dehors de l'état d'anémie et d'affaiblissement qu'elles provoquent.

Les *hémoptysies*<sup>(1)</sup> s'observent surtout chez les phthisiques. Or, on sait que la grippe donne à la phthisie pulmonaire un coup de fouet tel, que même des formes de *tuberculose* à évolution lente *prennent subitement une allure galopante*. Dans quelques cas, la granulie vient fermer la marche.

Comme toutes les maladies infectieuses, la grippe frappe le *système artériel* et, chez les individus prédisposés, elle détermine ou active le processus de dégénérescence qui aboutit à l'*artério-sclérose*. Ainsi s'expliquent les *aortites*, et surtout les *néphrites interstitielles* qui ont apparu comme un reliquat de la grippe, et dont cette maladie a joué le rôle d'agent provocateur.

L'artérite peut intéresser l'aorte, l'artère centrale de la rétine et les artères du cerveau; elle frappe surtout les artères des membres. Duchesneau a signalé la gangrène du pied, Gould la gangrène des deux pieds. Dans un cas de Rendu, la thrombose s'étendait au dernier segment de l'aorte abdominale et remplissait l'artère rénale droite.

Le pouls est souvent lent, irrégulier, intermittent; il peut être instable (Huchard); ainsi il est normal comme rythme et comme fréquence lorsque le malade est dans le décubitus dorsal, mais peut monter de 20 à 120 pulsations lorsqu'il se met sur son séant. La tension artérielle est souvent diminuée (Huchard). Le cœur présente fréquemment le rythme fœtal.

On observe fréquemment des lipothymies, des syncopes, des attaques d'angine de poitrine.

**Fièvre.** — Elle peut manquer dans quelques cas exceptionnels, mais elle existe en général, oscillant entre 38°,5 et 39°,5; elle atteint assez souvent 40° et 41°. Elle peut se manifester par un seul accès survenant brusquement et ne durant que quelques heures. En général, la température atteint son maximum dès le premier ou le second jour; la défervescence se fait presque immédiatement par oscillations descendantes, et très exceptionnellement par crises, comme dans la pneumonie. La durée moyenne de la fièvre est des plus variables; elle dépend des complications qui peuvent survenir, elle peut être de 5 ou 4 jours et 8 jours même. On l'a vue se prolonger jusqu'au vingt-quatrième jour, sans qu'il y ait cependant de complication pulmonaire. La température peut s'abaisser pendant quelques jours pour s'élever de nouveau.

**Appareil génito-urinaire.** — Les urines sont assez fréquemment albumineuses et presque toujours diminuées de volume, boueuses et fortement uratiques.

L'urobilinurie a été signalée par M. Hayem. Nous avons observé plusieurs cas de cystite. Une autopsie de néphrite aiguë d'origine grippale a été faite par

(1) FÉRÉOL, *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 1890, p. 111.