

acclimater, prit de nouveau une extension épidémique inquiétante. De la Russie il s'étendit à la Prusse et à l'Autriche; en 1875, la France fut envahie par le Havre et le choléra gagna encore une fois Paris, mais le nombre des victimes fut peu considérable, le miasme cholérique en s'acclimatant semblait avoir perdu son énergie première.

Au mois de septembre 1881 le choléra a été signalé à Aden puis à la Mecque parmi les pèlerins; il régnait en même temps en Cochinchine et dans plusieurs provinces de la Chine.

ÉTIOLOGIE. — La marche des épidémies cholériques démontre à elle seule qu'il s'agit bien d'une maladie transmissible, importable, mais nous avons à rechercher encore dans quelles conditions le choléra se développe dans l'Inde, comment s'opère sa transmission et quelles sont les conditions favorables à son extension épidémique.

Le choléra règne presque constamment sur quelques points du territoire de l'Inde; l'existence de ce foyer d'endémicité rend très probable l'opinion des auteurs qui, avec Jameson et Twining, attribuent le développement du choléra au méphitisme du sol. Le choléra se rencontre dans les villages comme dans les villes, il a sévi maintes fois avec violence sur des troupes en campagne. Les localités basses, humides, marécageuses, les rues étroites et malpropres des villes, sont particulièrement favorables à son développement. De temps à autre l'endémie se transforme en épidémie; les guerres, les grands pèlerinages favorisent l'extension épidémique. D'après Annesley, il y a eu, de 1817 à 1840, 443 épidémies dans l'Inde et 18 millions de victimes!

Pour que le choléra envahisse un pays en dehors de l'Inde, il faut: 1° que le germe ou miasme cholérique soit importé dans ce pays; 2° que le miasme trouve un milieu favorable à son développement. L'importation du miasme se fait généralement par les malades atteints de choléra; les matières fécales paraissent constituer le principal agent de transmission, tandis que le contact des malades eux-mêmes est peu dangereux. C'est en se fondant sur ce dernier fait que quelques auteurs ont nié pendant longtemps la contagion du choléra.

Une fois sortis de l'organisme malade, les germes cholériques paraissent pouvoir se reproduire avec une grande activité; les terrains d'alluvion, perméables à l'eau et aux matières organiques, favorisent la diffusion des épidémies cholériques, tandis qu'un sol compact,

impermeable s'oppose à cette diffusion. On s'explique ainsi la persistance avec laquelle le choléra s'est développé dans certaines villes, dans certains quartiers, dans certaines maisons, tandis qu'il éparpillait complètement les localités voisines.

D'après Pettenkofer il y aurait lieu de distinguer le *germe cholérique* et le *poison cholérique*; le germe importé dans un terrain favorable donnerait naissance au poison cholérique qui seul aurait le pouvoir de développer le choléra; on ne trouverait dans les selles des malades que le poison cholérique, lequel ne pourrait pas se multiplier dans l'organisme et serait inoffensif pour les personnes qui entourent les malades. Dans sa plus récente communication relative à la nature du choléra, Pettenkofer émet l'opinion que le germe cholérique est probablement de la nature des champignons schizomycètes. Comment ce germe qui n'existe pas dans les selles des cholériques est-il transporté d'un pays dans l'autre, comment le champignon sécrète-t-il un poison sans être un poison lui-même? Pettenkofer ne résout pas ces questions et il faut bien avouer que sa théorie du choléra n'est qu'une œuvre d'imagination qui même, sur plusieurs points, est en contradiction avec les faits.

Il serait très imprudent, croyons-nous, d'admettre avec Pettenkofer que les matières fécales des cholériques ne renferment pas le germe de la maladie.

Un grand nombre de faits prouvent que les eaux potables sont un des plus redoutables agents de transmission du choléra lorsqu'elles sont souillées par les déjections des malades; la terrible épidémie qui ravagea le district de Golden-Square à Londres fut produite par l'eau d'une pompe publique située dans Broad-street, tous ceux qui avaient bu de l'eau de cette pompe furent atteints. Les effets, les linges souillés par les déjections cholériques peuvent servir également à la transmission; les femmes employées dans les buanderies, dans les lavoirs, sont particulièrement exposées en temps d'épidémie.

DESCRIPTION. — Dans les formes moyennes et graves du choléra on peut distinguer les trois périodes suivantes: 1° période prodromique; 2° période algide; 3° période de réaction.

1° *Période prodromique*. — Elle est caractérisée par la diarrhée qui a reçu le nom de *diarrhée prémonitoire*; les accidents débütent le plus souvent la nuit par des coliques suivies d'évacuations abondantes, fécaloïdes d'abord, puis aqueuses ou bilieuses; il y a peu ou point de douleurs, pas de ténesme. Bon nombre de malades

conservent au début l'appétit et les forces, ils continuent à vaquer à leurs occupations, et comme les selles contiennent déjà le germe spécifique, ces malades contribuent puissamment à la dissémination du choléra.

Lorsque la diarrhée cholérique est très intense ou lorsqu'elle persiste pendant plusieurs jours, les malades éprouvent de la fatigue, de la brisure des membres inférieurs, des vertiges, des frissons, de la torpeur intellectuelle et bientôt le choléra se confirme.

La diarrhée prémonitoire se rencontre dans les deux tiers des cas au moins; comme M. J. Guérin l'a fait observer en 1832, ce fait a une grande importance au point de vue pratique, car en traitant convenablement cette diarrhée, on peut souvent prévenir l'attaque de choléra.

2^e Période algide. — Les déjections alvines, plus abondantes encore que dans la période précédente, changent de caractère; elles sont constituées par un liquide incolore, n'ayant pas l'odeur fécaloïde et tenant en suspension des flocons blanchâtres qui sont des débris épithéliaux: on a donné à ces selles, dont l'aspect est caractéristique, le nom de *selles riziformes*. En même temps surviennent des vomissements qui s'accompagnent de crampes stomacales douloureuses: les malades ont une soif ardente, la langue est blanche, humide, le ventre est affaissé et donne à la main une sensation d'empatement, les urines se suppriment. Les extrémités sont froides, le pouls, de plus en plus petit, finit par disparaître à la radiale; des crampes siégeant en particulier dans les mollets constituent le symptôme le plus douloureux. Les traits sont tirés, en quelques heures les malades deviennent méconnaissables: le nez s'effile, les joues se creusent, les yeux cerclés de noir s'enfoncent dans les orbites, la voix s'éteint, l'intelligence s'obnubile. Les évacuations diminuent souvent de fréquence à la fin de la période algide, néanmoins le refroidissement continue, toutes les parties extérieures sont comme glacées; la température de la bouche, des mains et des pieds tombe à 10 ou 12 degrés au-dessous de la normale, tandis que celle des parties centrales est peu modifiée ou s'élève même de plusieurs degrés; les ongles noircissent, les pieds et les mains se couvrent de marbrures noirâtres, une teinte violacée s'étend des extrémités à toute la surface du corps; le pouls, qui avait disparu à la radiale, cesse de battre à l'humérale, à la crurale et même dans les carotides; les bruits du cœur sont sourds, éloignés, souvent on ne perçoit que le deuxième. La respiration est fréquente, pénible;

la difficulté avec laquelle le sang circule dans les poumons rend l'hématose très difficile et très incomplète. A la fin de cette période les malades sont plongés dans un calme apathique, ils n'ont pas conscience de la gravité de leur état; lorsqu'on les interpelle ils tournent lentement les yeux vers la personne qui leur parle, répondent quelques mots, puis retombent dans une immobilité presque cadavérique. Cette période de collapsus est précédée quelquefois par une période d'agitation pendant laquelle les malades cherchent à se lever et prononcent des paroles sans suite.

Lorsque l'algidité est arrivée à ce degré, elle se termine par la mort dans les trois quarts des cas; les sens s'obscurcissent, la voix s'affaiblit et s'éteint, la somnolence augmente, les mouvements respiratoires se ralentissent et deviennent irréguliers, la cyanose augmente, enfin la mort arrive ou plutôt elle s'achève.

3^e Période de réaction. — Lorsque la mort ne survient pas dans l'algidité, au bout d'un temps variable suivant les cas, on voit se produire des symptômes d'amélioration; comme le réchauffement de la peau des extrémités est un des principaux signes de cette période et que la température monte souvent au-dessus de la normale, on lui a donné le nom de *période de réaction*.

Le réchauffement de la peau aux extrémités, la disparition de la cyanose, un pouls plus fort, une diurèse de plus en plus abondante, tels sont les symptômes qui annoncent le début de la réaction; quand la réaction est *régulière*, toutes les fonctions enrayées pendant la période algide se rétablissent rapidement et le malade entre en convalescence au bout de quelques jours.

La réaction peut être *irrégulière*, soit parce qu'elle est incomplète et que les malades, après avoir présenté quelques symptômes d'amélioration, retombent dans l'état algide, soit au contraire parce qu'elle dépasse le but, pour ainsi dire; une fièvre vive s'allume et se complique de symptômes nerveux avec tendance à l'ataxie ou à l'ataxie.

Formes irrégulières. — Elles se divisent naturellement en formes légères et en formes graves.

Les formes légères peuvent être caractérisées uniquement par de la diarrhée, plus souvent les malades ont de la diarrhée, des vomissements et quelques crampes; ces accidents cèdent rapidement. Cette forme abortive a reçu le nom de *cholérine*.

Le choléra peut tuer en quelques heures par suite d'une véritable sidération de l'organisme; le *choléra foudroyant* a été

observé assez souvent aux Indes. A Jessore, en 1817, on voyait des hommes pleins de santé tomber étourdis dans la rue et succomber quelques instants après. Ces formes sont rares dans les épidémies européennes ; on a donné par extension le nom de choléra foudroyant aux cas qui se terminent par la mort dans l'espace de quelques heures.

On a encore décrit une forme de *choléra sec*, dans laquelle les évacuations alvines font défaut ; l'exsudation intestinale se produit dans ces cas ; seulement, par suite de la paralysie des parois de l'intestin, le liquide n'est pas rejeté au dehors.

Accidents et complications. — Chez les malades qui ont eu des attaques graves de choléra, on observe la même tendance aux phlegmasies que chez les typhoïdiques ; on voit survenir des pneumonies à marche insidieuse, des parotidites, des méningites, des abcès sous-cutanés, quelquefois aussi des gangrènes. La convalescence, qui est longue, se complique souvent de dyspepsie, de diarrhée rebelle, quelquefois de paralysies et de troubles de l'intelligence.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Chez les sujets qui ont succombé dans l'algidité, la température du corps s'élève souvent après la mort. Le même fait a été noté dans le tétanos.

Les lésions anatomiques les plus intéressantes portent sur le tube digestif, particulièrement sur la dernière portion de l'intestin grêle : la paroi intestinale est épaissie et comme infiltrée de sérosité, sa surface péritonéale a une teinte rosée et sa surface muqueuse une teinte *hortensia* (Broussais), due à l'injection du réseau veineux sous-muqueux. La muqueuse est recouverte d'une matière blanchâtre, analogue à celle qui se trouve en suspension dans les selles riziformes, constituée par l'épithélium desquamé à l'état de cellules isolées ou réunies par lambeaux (Ch. Robin).

Les plaques de Peyer sont saines, mais les follicules clos hypertrophiés forment de légères saillies à la surface de l'intestin. Petit et Serres, qui ont bien décrit cette altération signalée en premier lieu par Bouillaud, ont comparé l'intestin des cholériques à la peau des galeux, d'où le nom de *psorentérie*, qu'ils voulaient donner à la maladie et qui est resté à la lésion. La psorentérie se retrouve dans un grand nombre de maladies : scarlatine, variole, méningite cérébro-spinale, etc. ; elle ne constitue donc pas, comme on l'a cru pendant quelque temps, une lésion caractéristique du choléra, elle n'est même pas constante chez les cholériques. La rate est petite, ridée à sa surface.

Les méninges et les centres nerveux cérébro-spinaux sont injectés.

A la surface du péritoine et des plèvres on trouve un enduit visqueux. L'épithélium rénal est granuleux et en voie de desquamation.

Chez les sujets morts pendant la période de réaction les lésions sont variables ; d'une façon générale on peut dire que ce sont les lésions inflammatoires qui prédominent : gastro-entérite donnant lieu parfois à la production d'ulcérations et d'exsudats fibrineux, cholécystite, néphrite interstitielle, pyélite, cystite avec exsudats inflammatoires, pneumonie, bronchite, endocardite, artérite, méningite, etc.

DIAGNOSTIC. — Il est généralement facilité par l'épidémicité de la maladie ; des selles profuses, aqueuses, s'écoulant sans ténesme, caractérisent la diarrhée prodromique ; les selles riziformes, les vomissements, les crampes, l'algidité, la cyanose, la petitesse ou la disparition du pouls à la radiale, l'anurie, ne permettent pas de méconnaître la période algide du choléra. Cet état présente cependant des analogies incontestables avec celui des malades atteints de choléra simple ou de fièvre pernicieuse cholérique ; on peut aussi le confondre avec certains empoisonnements.

Le choléra simple est une affection saisonnière de l'été et de l'automne, qui ne s'observe que sur un petit nombre de personnes et qui ne présente pas de gravité ; dans le choléra simple, la diarrhée est séreuse, bilieuse, non riziforme, ce qui tient à ce que l'épithélium intestinal ne se desquame pas comme dans le choléra vrai ; on n'observe pas la réaction qui suit la période algide dans le choléra indien, les malades sont guéris dès que les évacuations cessent, ce qui arrive presque toujours dans l'espace de vingt-quatre heures.

La pernicieuse cholérique est très difficile à différencier du choléra dans les pays où les deux maladies règnent simultanément comme en Cochinchine. Le sulfate de quinine fournit un bon moyen de diagnostic, car il guérit souvent les accès pernicieux, tandis qu'il est sans aucune efficacité dans le choléra.

L'empoisonnement par le tartre stibié a une si grande ressemblance avec le choléra, qu'il a été décrit par quelques auteurs sous le nom de *choléra stibié* ; l'empoisonnement aigu par l'arsenic ou par le sublimé a aussi des analogies avec le choléra ; dans ces cas il existe des lésions de la bouche et des lèvres, les vomissements sont

douloureux, accompagnés d'une sensation de brûlure à l'épigastre et dans la bouche, ils précèdent les selles diarrhéiques, contrairement à ce qui arrive dans le choléra ; les selles sont moins abondantes et ne prennent pas l'aspect riziforme ; dans les cas où le diagnostic paraît douteux, on doit faire recueillir les matières vomies et les soumettre à un examen chimique.

PRONOSTIC. — Parmi les symptômes les plus défavorables au point de vue du pronostic, il faut citer : la violence des crampes, l'agitation, l'anxiété, le collapsus profond avec relâchement des sphincters, la fréquence du pouls ou son absence à la radiale, l'anurie, la tendance à retomber dans l'algidité au moment de la réaction, enfin le coma, le délire, les convulsions qui présagent toujours la mort.

Au début des épidémies cholériques la mortalité est en moyenne de 50 à 60 pour 100, quelquefois même elle dépasse ces chiffres, tandis qu'à la fin les cas légers dominent et la mortalité diminue notablement. Les enfants et les vieillards, les individus affaiblis, mal nourris, atteints de maladies chroniques ou d'alcoolisme succombent dans une très forte proportion.

PROPHYLAXIE. TRAITEMENT. — Nous avons vu que deux choses étaient nécessaires au développement des épidémies cholériques : 1° l'importation du germe spécifique, du miasme cholérique ; 2° un milieu favorable au développement de ce germe ; autrement dit : *la graine et le terrain*. Les mesures prophylactiques devront donc avoir pour but : 1° d'empêcher l'importation ; 2° d'écarter toutes les conditions favorables au développement et à la dissémination du germe cholérique, quand on n'aura pas pu s'opposer à son importation.

Si le choléra était toujours importé en Europe par la voie de mer, comme la fièvre jaune, on pourrait se fier aux quarantaines pour écarter de nouvelles épidémies ; malheureusement la voie de terre lui est également ouverte, il l'a suivie lors des deux premières grandes épidémies et la pratique a démontré que les cordons sanitaires établis sur les frontières des pays menacés étaient tout à fait illusoire ; de plus, le choléra tend à s'acclimater en Europe, il est dans la place dont on cherche à lui fermer l'entrée ; à plusieurs reprises déjà, il s'est réveillé de ses cendres et a pris une grande extension épidémique sans importation directe. Les mesures quaranténaires, adoptées par la plupart des nations européennes, ont cependant leur utilité, car le germe cholérique, par son acclimat-

ment en Europe, semble perdre de son activité, tandis qu'une importation directe se faisant par la voie de mer, aujourd'hui si rapide, pourrait nous faire assister à des désastres analogues à ceux des premières grandes épidémies.

Lorsque le choléra règne dans un pays, il faut défendre les grands rassemblements : foires, pèlerinages, etc., qui favorisent la dissémination des épidémies. On prendra toutes les mesures d'hygiène générale concernant la propreté des villes ; les cholériques seront isolés dans un hôpital spécial, et l'on surveillera avec grand soin la désinfection des matières fécales provenant des malades, ainsi que celle des effets de couchage souillés par les déjections. Il est bon de soumettre à l'ébullition l'eau qui sert à la boisson ou de n'employer que les eaux minérales dites de table.

En temps d'épidémie cholérique l'hygiène individuelle a une grande importance, on évitera les excès, les fatigues de toute sorte, les moindres indispositions seront traitées rapidement, surtout s'il s'agit de diarrhées. Le public doit être prévenu de l'importance qu'il y a à soigner la diarrhée prémonitoire sans attendre que le choléra se confirme.

Il n'y a pas de spécifique contre le choléra ; le médecin en est réduit ici, comme dans la plupart des maladies, à une médication symptomatique. C'est surtout dans la diarrhée prodromique que l'intervention médicale est efficace ; le malade gardera le lit, il restera à la diète et on lui ordonnera du sous-nitrate de bismuth ou une préparation opiacée ; le laudanum (12 à 15 gouttes dans une cuillerée d'eau sucrée) est d'une administration facile et d'une efficacité incontestable.

Au début de la période algide les préparations opiacées rendent encore des services ; on prescrira, en outre, contre les vomissements et pour calmer la soif, de la glace et des boissons gazeuses ou stimulantes comme le thé au rhum qui favorise la réaction. Les malades seront frictionnés avec des liniments opiacés ou chloroformés ; ces frictions ont le double avantage de favoriser la circulation périphérique et de diminuer les douleurs occasionnées par les crampes.

Les injections hypodermiques d'éther sulfurique nous paraissent destinées à rendre de grands services dans la période algide du choléra ; nous avons employé plusieurs fois cette médication avec succès dans le choléra nostras qui, à vrai dire, n'est pas comparable, au point de vue de la gravité, au choléra indien. On injectera

2 grammes d'éther en moyenne; l'éther injecté sous la peau agit à la fois comme révulsif et comme excitant diffusible.

On a pratiqué chez quelques malades algides des injections d'eau dans les veines; Lorain a obtenu un succès par cette méthode qu'on est autorisé à employer dans les cas extrêmes; il faut bien se dire cependant qu'on ne remédie de cette façon qu'à une des suites du choléra: la concentration du sang, tandis que le miasme cholérique semble agir sur l'organisme tout entier et qu'il peut amener la mort avant même que la concentration du sang ait eu le temps de se produire.

Dans la réaction régulière on se contentera de surveiller les malades et d'écartier toutes les causes qui pourraient amener une rechute; si la réaction s'arrête on cherchera à stimuler l'organisme, si au contraire elle dépasse le but et si elle s'accompagne de localisations inflammatoires sur différents appareils, on traitera ces localisations sans oublier que l'on a affaire à un cholérique et que des rechutes peuvent se produire; on évitera les déplétions sanguines abondantes, ainsi que les purgatifs.

BRIQUET et MIGNOT. Traité pratique et analytique du choléra morbus. Paris, 1850. — DESNOS. Art. *Choléra*, in Nouv. Dictionn. de méd. et de chir. prat., 1867. — LORAIN. Le choléra observé à l'hôpital Saint-Antoine. Paris, 1868. — FAUVEL. Le choléra, étiologie et prophylaxie. Paris, 1868. — E. BESNIER. Contrib. à l'étude des épidémies du choléra (Soc. méd. des hôpitaux, 1873). — THOLOZAN. Origine nouvelle du choléra asiatique. Paris, 1873. — Discussion sur le choléra à l'Académie de médecine, 1873. — L. LAVERAN. Article *Choléra*, in Dictionn. encyclop. des sc. médicales, 1874. — RENAUT et KÉLSCH. Anatomie pathologique du choléra. (Progrès méd., 1874). — LEBERT. Article *Choléra* de la Pathologie de Ziemssen, 1874, t. II, p. 344. — PROUST, GRIESINGER, A. LAVERAN. Op. cit. — MAX. V. PETTENKOFER. Sur le choléra et sur ses rapports avec les maladies parasitaires (Aerztl. Intelligenzblatt, 1881, n° 4). — DUPUY. Des injections sous-cutanées d'éther sulfurique, de leur application au traitement du choléra dans sa période algide (Progrès méd., 1881, p. 985).

GRIPPE.

Synonymie: *Influenza*, catarrhe épidémique.

La grippe est une maladie générale, épidémique, qui dans le langage médical doit être bien distinguée du coryza, de la laryngite et de la bronchite simples avec lesquels le vulgaire la confond.

La première grande épidémie de grippe date de 1580, elle s'étendit à l'Europe entière; à partir de ce moment les épidémies se succèdent rapidement, envahissant toujours de très grandes étendues de pays et faisant à plusieurs reprises le tour du monde. Les dernières

grandes épidémies sont celles de 1830, de 1833; l'épidémie de 1837, étudiée à Paris par Bouillaud, Piorry, Récamier, Grisolle et Nonat, et à Dublin par Graves; enfin celle de 1860, décrite par Forget, à Strasbourg. Depuis 1860, la grippe n'a plus donné lieu qu'à des épidémies partielles.

ÉTIOLOGIE. — Le début des épidémies de grippe a coïncidé quelquefois avec des variations brusques de température, mais, comme Holland, Graves et Raige-Delorme le font observer, ces variations se produisent souvent sans entraîner l'apparition de la grippe; les épidémies de grippe se sont développées, du reste, dans toutes les saisons et dans tous les climats.

La rapidité avec laquelle se propagent les épidémies de grippe exclut l'idée d'importation par l'homme; au lieu de suivre les grandes voies de communication, comme la peste et le choléra, la grippe se répand capricieusement sans obéir à aucune loi connue; dans quelques épidémies, elle a marché de l'est à l'ouest, mais les exceptions à cette règle sont très nombreuses. Voici quelques exemples de la rapidité avec laquelle s'étendent ces épidémies: lors de l'épidémie de 1833, c'est à peine s'il s'écoula quelques jours d'intervalle entre les apparitions successives de la grippe à Moscou, à Odessa, à Alexandrie et à Paris; la grippe de 1847 eut une marche plus rapide encore: du mois de janvier au mois de septembre elle régna successivement en Espagne, à Terre-Neuve, à la Nouvelle-Zélande, à Valparaiso, en Syrie, sur la côte occidentale d'Afrique, enfin à Hong-Kong.

Quand la maladie envahit une ville, elle ne donne pas lieu, comme la plupart des maladies contagieuses, à un foyer d'abord limité qui rayonne peu à peu sur les autres quartiers; dans l'espace de quelques heures plusieurs milliers de personnes peuvent subir l'influence épidémique. La maladie atteint tous les âges, toutes les conditions, des populations entières subissent son influence sans que personne y échappe; elle atteint les marins en pleine mer et les oiseaux disparaissent souvent des localités où elle règne, comme si l'air avait des propriétés nuisibles.

On a espéré pendant longtemps que les variations ozonométriques expliqueraient l'apparition de la grippe; Bœckel, à Strasbourg, a constaté que l'ozone, en excès dans l'air, agissait sur les voies respiratoires et donnait lieu à de véritables épidémies de bronchite; mais il existe des faits contradictoires; toute conclusion serait prématurée, de nouvelles recherches sont nécessaires.

DESCRIPTION. — Ce qui caractérise surtout la grippe et ce qui permet de la différencier des affections catarrhales vulgaires, c'est l'intensité des phénomènes nerveux. Les malades se plaignent d'un affaiblissement général avec douleurs vagues et céphalalgie intense : souvent aussi ils éprouvent des vertiges, des nausées et des vomissements; ces symptômes peuvent se montrer en l'absence même de la fièvre. « L'affaiblissement, ce phénomène particulier et remarquable signalé par tous les auteurs, est, dit Raige-Delorme, un des traits les plus distinctifs de la grippe; il se montre non seulement parmi les prodromes de la maladie lorsqu'elle doit être intense, mais encore dans l'invasion et le cours de cette maladie quand elle est très légère, quand il y a à peine un mouvement fébrile; il n'est point en rapport avec le reste des symptômes. De plus, cet affaiblissement persiste toujours après que les symptômes principaux ont disparu. » (Art. GRIPPE, *Dictionn.* en 30 vol.)

La maladie débute le plus souvent d'une manière brusque par du malaise accompagné de frissonnements et parfois d'un violent frisson. La fièvre, qui peut manquer complètement, est fort irrégulière, elle prend quelquefois le type intermittent. Le pouls est tantôt plein et accéléré, tantôt petit et faible, il peut se modifier en quelques heures chez un même malade (Graves).

La face est rouge, injectée au début, les yeux sont larmoyants; les malades éprouvent une sensation de picotements, de chatouillements dans les narines, puis ils sont pris d'éternuements et de coryza; il se produit une abondante sécrétion de mucus d'abord limpide, puis de plus en plus épais. Le larynx et les bronches se prennent ensuite, la voix devient rauque ou éteinte, les malades ont des quintes de toux fatigantes et une dyspnée intense. A l'auscultation on trouve des râles sibilants et ronflants comme dans les bronchites légères, limitées aux grosses bronches; cependant la dyspnée semble annoncer une affection beaucoup plus sérieuse. Graves cite plusieurs exemples de malades chez lesquels la gêne respiratoire était extrême, quoique les poumons fussent entièrement perméables et qu'il n'y eût dans la poitrine que quelques râles de bronchite sans importance. Le miasme qui cause la grippe agit, d'après Graves, sur le système nerveux et tout particulièrement sur les nerfs des poumons; dans l'épidémie de 1847, dit-il, la mort survenait avec les signes de la *paralysie des poumons*.

L'expectoration, analogue à celle de la bronchite simple, est tantôt difficile, rare, visqueuse, tantôt abondante, spumeuse ou opaque.

Il existe des symptômes d'embarras gastrique : anorexie, langue blanche, soif vive, nausées, vomissements alimentaires ou bilieux, constipation ou diarrhée; dans quelques épidémies on a noté souvent une teinte subictérique.

Les urines sont rouges, chargées d'urates, très peu abondantes et souvent recouvertes d'une pellicule rosée (Graves).

La durée moyenne de la maladie est de cinq à dix jours.

Complications. — La pneumonie est une des complications les plus fréquentes et les plus graves de la grippe; elle survient souvent d'une manière insidieuse sans point de côté intense, les râles crépitants sont plus gros et plus humides que dans la pneumonie lobaire franche, la tendance à l'adynamie est très marquée.

Les symptômes nerveux, par leur intensité, peuvent constituer une véritable complication; on n'observe plus seulement de la céphalalgie, des vertiges et de l'insomnie, les malades sont pris de délire, ils tombent dans le coma ou bien la dyspnée s'exagère jusqu'à amener l'asphyxie; ce sont là heureusement des faits exceptionnels.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'hyperhémie des muqueuses laryngée, trachéale et bronchique peut être considérée comme la seule lésion constante, mais, dans la plupart des cas, on trouve des lésions inflammatoires des poumons, pneumonies ou bronchopneumonies qui doivent être mises sur le compte des complications comme les pleurésies et les péricardites qui ont été observées dans quelques cas.

DIAGNOSTIC. — La grippe est souvent confondue avec le coryza, la laryngite ou la bronchite simples; les principaux caractères différentiels de la grippe et des catarrhes vulgaires sont les suivants : 1° l'épidémicité est très marquée pour la grippe, tandis que le catarrhe ordinaire présente les allures des maladies saisonnières; 2° dans la grippe les symptômes nerveux : prostration, dyspnée, céphalalgie, ont la première place, tandis que dans les affections catarrhales simples ils ne viennent qu'au second plan et se montrent toujours en rapport avec le degré de l'inflammation des muqueuses.

Le pronostic varie suivant les épidémies; Graves va jusqu'à prétendre que la grippe a fait en Angleterre plus de victimes que le choléra; la plupart des auteurs s'accordent à dire que la grippe est une affection bénigne qui n'enlève que les individus affaiblis par l'âge ou par des maladies antérieures; elle exerce une influence très défavorable sur la marche de la phthisie pulmonaire.

La convalescence est souvent longue et difficile.

TRAITEMENT. — Le traitement ordinaire des maladies catarrhales n'est pas applicable à la grippe, il faut éviter les émissions sanguines générales ou locales ainsi que l'émétique qui peut produire une hyposthénisation profonde.

Les vésicatoires sont sans action contre la dyspnée, ils ne font le plus souvent qu'augmenter les souffrances des malades (Graves).

Dans les cas légers, le repos, la diète, une potion calmante avec la belladone ou un peu de morphine sont des moyens thérapeutiques suffisants.

Lorsque les symptômes d'embarras gastrique sont très prononcés, ou bien lorsque l'expectoration est visqueuse et difficile, on peut prescrire l'ipéca, soit à dose vomitive, soit comme expectorant, sous forme de sirop.

On combattra l'adynamie à l'aide des stimulants: vin chaud, thé alcoolisé, potion avec extrait de quinquina, etc.

Le sulfate de quinine n'est indiqué que lorsque la fièvre prend une forme intermittente.

RAIGE DELORME. Art. *Grippe* du Dictionn. en 30 vol. — GRAVES. Leçons de clinique médicale. — FUST. R. Monographie clinique de l'affection catarrhale. Montpellier, 1861. — HÉRARD. Bullet. Acad. de méd., 1872. — GINTRAC (H.). Art. *Grippe* in Nouv. Dictionn. de méd. et de chirurg. prat. Paris, 1873. — MALCORPS. La grippe et ses épidémies (Mémoire présenté à l'Académie de médecine de Belgique en 1873). — ZUELZER. Art. *Influenza* in Handbuch der Pathologie de Ziemssen. Leipzig, 1874. — BUCQUOY. De la grippe (Mouvement médical, 1875). — A. LAVERAN. Traité des maladies des armées, p. 632.

FIÈVRES ÉRUPTIVES

Les fièvres éruptives, *variole*, *rougeole* et *scarlatine*, forment un groupe naturel qui a été respecté dans toutes les classifications. Ce sont des maladies miasmiques, contagieuses, caractérisées par une fièvre à marche typique et par des éruptions généralisées. Ces fièvres ont été confondues d'abord dans une même description comme les maladies typhoïdes, mais la variole était plus facile à distinguer de la rougeole et de la scarlatine que le typhus de la fièvre typhoïde, aussi le groupe des fièvres éruptives a-t-il été constitué bien avant celui des maladies typhoïdes.

On ne trouve dans les anciens auteurs aucune description des fièvres éruptives; la variole ne s'est répandue en Europe qu'au sixième siècle de notre ère, elle existait vraisemblablement avant cette époque, en Chine et dans les régions centrales de l'Afrique

où aujourd'hui encore elle règne avec une grande fréquence. Les médecins arabes, Rhazès, Avicenne, ont donné les premières descriptions médicales des fièvres éruptives. Avicenne distingue la variole (*varioli*) de la rougeole et de la scarlatine (*morbilli*).

Sydenham, un des premiers, sépara la rougeole de la scarlatine à laquelle il donna le nom de *scarlach fever*, *fièvre rouge* ou *écarlate*; après lui, quelques auteurs tentèrent encore de confondre ces deux espèces morbides; les partisans de l'identité de la rougeole et de la scarlatine sont aujourd'hui plus rares encore que ceux de l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde.

La variole est à la fois une maladie miasmique et une maladie virulente. La vaccine, dont l'histoire est inséparable de celle de la variole, se développe sous l'action du virus vaccin; nous aurions donc pu renvoyer l'étude de ces deux maladies au chapitre des maladies virulentes, mais nous avons pensé qu'il était préférable de conserver intact le groupe des fièvres éruptives, d'autant plus que la variole se comporte, dans son extension épidémique, bien plutôt comme une maladie miasmique que comme une maladie virulente, et que la vaccine ne trouve sa place dans un traité de pathologie qu'au point de vue de la prophylaxie de la variole.

D'après les recherches de Klebs, les fièvres éruptives seraient produites par des *micrococcus*, c'est-à-dire par des microbes se présentant toujours sous la forme de grains arrondis (1).

VARIOLE.

La variole ou *petite vérole* est une pyrexie contagieuse, caractérisée par une éruption pustuleuse généralisée.

ÉTIOLOGIE. — La variole se propage uniquement par contagion: tantôt un malade affecté de variole communique sa maladie aux personnes qui l'entourent ou qui le visitent (contagion directe), tantôt le contagion ne produit ses effets que longtemps après avoir été versé dans l'atmosphère et transporté souvent loin du foyer d'origine (contagion indirecte). Les croûtes provenant des varioleux sont un des moyens les plus actifs de dissémination de la maladie, leur propriété virulente est bien démontrée; pendant longtemps les Chinois se sont servis de ces croûtes pour inoculer la variole; à cet

(1) Klebs. *Archiv f. experim. Path. et Pharmak.*, 1879.

effet ils recueillaient les produits de dessiccation des pustales et les plaçaient dans les narines des sujets à inoculer. A la période de convalescence, les varioleux portent encore des croûtes épaisses et adhérentes sur différents points du corps et lorsqu'on les laisse sortir ils vont semant partout la variole. Les salles qui ont été consacrées aux varioleux sont pendant longtemps dangereuses à habiter si elles n'ont pas été remises entièrement à neuf; tous les recoins des murs, toutes les fentes des planchers sont des réceptacles pour les particules virulentes qu'un coup de vent peut mêler de nouveau à l'air; les effets souillés par le pus des malades sont aussi des agents actifs de contagion, ils doivent être désinfectés avec le plus grand soin. Quand on songe à la quantité de pus sécrétée par un seul varioleux on ne s'étonne pas que la maladie arrive toujours à renaître de ses cendres.

La variole est inoculable; l'inoculation a été pratiquée pendant longtemps d'une façon préventive. Une première atteinte de variole, si légère qu'elle soit, confère en effet une immunité complète; les récidives sont du moins très rares.

La variole prend à certains moments un caractère épidémique bien marqué, comme cela s'est produit en 1870 par exemple, puis elle disparaît presque complètement; dans les grands centres de population, elle est pour ainsi dire endémique. Lorsque la variole a régné épidémiquement dans un pays, tous les individus susceptibles de la contracter l'ont prise et jouissent de l'immunité que confère une première atteinte; d'autre part, en temps d'épidémie, un grand nombre de personnes se font revacciner, de sorte que la variole disparaît faute d'aliment; mais bientôt de nouvelles générations surgissent, le pouvoir préservatif des vaccinations anciennes diminue, la pratique des revaccinations se relâche parce qu'on n'entend plus parler de variole, puis, un beau jour, le germe trouvant un milieu favorable à son éclosion, une nouvelle épidémie se développe: telle est, croyons-nous, la cause principale des fluctuations épidémiques de la variole.

La variole s'observe à tout âge; si elle n'a pas pour l'enfance la même prédilection que les autres fièvres éruptives, cela tient sans doute à ce que, par la vaccination faite peu de temps après la naissance, on obtient une préservation qui dure en moyenne de quinze à vingt ans.

INCUBATION. FORMES. — A l'époque où l'on pratiquait l'inoculation préventive, la fièvre apparaissait huit à neuf jours après l'inser-

tion du virus; la durée de l'incubation pour la variole inoculée est donc de huit à neuf jours; quelques auteurs admettent que l'incubation est un peu plus longue, de douze jours environ, pour la variole non inoculée.

On peut ramener à trois formes principales les variétés cliniques de la variole:

1° *Variole vraie*, dans laquelle la plupart des boutons arrivent à suppuration: on lui réserve en général le nom de *variole*;

2° *Varioloïde*, dans laquelle la plupart des boutons se dessèchent sans suppurer;

3° *Variole hémorrhagique* ou *variole noire*.

D'après l'abondance de l'éruption on a encore distingué des variétés *discrètes*, *cohérentes* ou *confluentes*.

La varioloïde peut être aussi discrète ou confluyente.

La varioloïde n'est pas la variole modifiée par la vaccine, ainsi qu'on l'a dit quelquefois, c'est une variété naturelle qui a existé de tout temps.

DESCRIPTION. — *Variole*. — Nous distinguerons dans l'évolution de la variole quatre périodes: 1° *fièvre initiale*; 2° période d'*éruption*; 3° et 4° périodes de *suppuration* et de *dessiccation*.

1° *Fièvre initiale*. — L'ascension est brusque; dès le soir du premier jour le thermomètre marque 40, 41 ou même 42 degrés; les adultes éprouvent un frisson violent qui, chez les enfants, est assez souvent remplacé par des convulsions; ils accusent de la céphalalgie et surtout des douleurs lombaires qui, par leur constance et leur intensité, forment un des principaux caractères de la période initiale; des vomissements bilieux marquent aussi très souvent le début de la maladie. Il existe de l'anorexie, une soif vive et de la constipation.

La fièvre initiale a en moyenne une durée de trois jours, pendant cette période la température se maintient au maximum qu'elle a atteint dès le premier soir avec de légères oscillations. Dans les cas très graves l'éruption apparaît dès le deuxième jour; au contraire, dans les cas légers, elle peut être retardée jusqu'au cinquième jour. On observe quelquefois du délire qui disparaît au moment où se fait l'éruption.

A la période initiale se rattachent les éruptions précoces connues en France sous le nom de *rash*. Ce mot, qui signifie *éruption*, n'est guère employé en Angleterre qu'avec un qualificatif: *varioloïd rash*, *mulberry rash*, etc.