

série de rétrécissements et de dilatations (Schaffer). La vue d'un objet brillant, d'une surface polie ne pourra être supportée par le malade et servira de point de départ à une nouvelle crise. Les anciens, qui connaissaient ce phénomène, considéraient comme curable tout enragé qui pouvait impunément se regarder dans une glace.

L'ouïe est également surexcitée et le malade est vivement et douloureusement impressionné par des bruits minimes. Il en est de même pour l'odorat : les odeurs les plus légères, si légères même que les assistants ne les sentent pas, sont perçues par le patient et deviennent la cause occasionnelle de pénibles étournements ou même de crises rabiques. Aussi conçoit-on qu'avec un pareil éréthisme sensoriel les hallucinations soient fréquentes, souvent terribles et pouvant porter sur tous les sens : tel entend les cloches, tel autre verra des souris courir sur ses draps (Bergeron), ou deux hommes couchés dans son lit (Peter), etc.

Le tégument cutané est atteint simultanément : c'est encore une exagération souvent prodigieuse de la sensibilité; le moindre attouchement, le contact d'un corps froid, un léger souffle de vent deviennent le point de départ d'un accès convulsif ou furieux. Nous nous rappelons, à ce propos, avoir observé à l'hôpital Tenon, la veille de sa mort, un rabique qui n'avait pas d'hydrophobie et pouvait boire facilement; mais l'aérophobie était telle que le moindre souffle d'air déterminait chez ce malheureux un violent accès.

Enfin l'excitabilité anormale du système nerveux se traduit par deux autres phénomènes : l'exagération des réflexes et particulièrement du réflexe rotulien, et la mydriase. Ajoutons-y le myoïdème qui peut persister après la mort.

A mesure que les accès se répètent, les conditions les plus futiles peuvent leur donner naissance; à la fin ils se produisent sans cause appréciable. Ils débutent par une anxiété précordiale et une dyspnée telles que le malade semble menacé de mort; la respiration s'arrête, un frisson parcourt le corps, puis les membres se raidissent comme dans le tétanos et les mâchoires sont serrées.

Ailleurs, le malade quitte son lit, se jette sur les objets voisins, frappe sa tête contre les murs, se faisant, sans paraître souffrir, des blessures profondes. La voix est rauque, brève, saccadée, l'air étant convulsivement chassé à travers la glotte contractée; quelquefois elle simule l'aboiement du chien ou le hurlement du loup. C'est alors qu'on voit le malade s'élaner sur les objets voisins, il mord le drap de son lit, il se mord lui-même, mais il est exceptionnel de le voir mordre les personnes qui l'entourent; il leur dit de s'éloigner; il a peur d'être poussé à se jeter sur elles et cette peur vient encore augmenter son angoisse. Enfin, il est des cas où l'agitation se traduit par un besoin de déplacement : le malade brise les liens qui le retiennent et se sauve.

Les accès reviennent d'une façon irrégulière : dans quelques cas on a pu les voir diminuer de fréquence pendant le deuxième jour, le plus souvent ils augmentent de nombre et se rapprochent à mesure que la maladie progresse; ils peuvent aussi s'allonger et entraîner la mort par asphyxie pendant un paroxysme.

L'état de l'intelligence est assez variable. Souvent il existe des accès de manie, de la fureur, plus souvent une excitation désordonnée. Mais ce ne sont généralement que des manifestations passagères, entre lesquelles le malade est raisonnable; seulement il demeure triste, silencieux, abattu, et, de temps en temps, il est pris d'une exaltation affective et d'une excessive tendresse.

L'intelligence peut être perdue, en dehors même de ces crises passagères; on observe tantôt un délire furieux, tantôt un délire professionnel ou des idées de persécution. Ailleurs on a pu voir de l'exaltation intellectuelle; des idiots ont pu recouvrer une lueur d'intelligence; d'autres malades sont pris d'une volubilité excessive, d'un délire moral ou religieux; on en a vu qui discourent longuement sur un ton inspiré.

Avec les progrès de la maladie, les moments de calme deviennent de plus en plus courts. Tourmenté par des idées funèbres, le malade annonce sa fin prochaine, fait ses dernières recommandations, dit adieu à ses parents et à ses amis. Il tombe ainsi dans une mélancolie douce, entrecoupée de temps en temps par un nouvel accès de fureur.

Exceptionnellement, le virus peut atteindre d'autres parties des centres nerveux et déterminer des manifestations différentes. Dans le mémoire de Gamaléia, nous trouvons l'histoire d'un malade qui présentait des phénomènes d'origine cérébelleuse : pendant plusieurs heures, il exécuta des mouvements de rotation sur son axe longitudinal.

A ces manifestations nerveuses, s'ajoutent d'autres troubles. C'est d'abord une sputation excessive; la bouche est remplie d'une écume blanchâtre, mousseuse, que le malade ne peut avaler et qu'il rejette par un crachotement continu. Il craint de voir sa salive atteindre les personnes qui l'entourent et recommande aux assistants de prendre garde et de s'éloigner de lui.

Quelquefois le malade est tourmenté par des vomissements porracés ou sanguinolents qui viennent encore augmenter ses souffrances et peuvent devenir le point de départ d'une crise. La constipation est constante. Il existe fréquemment de la dysurie et parfois de la strangurie. Les urines sont peu abondantes; elles renferment assez souvent de l'albumine et du sucre. Heller a noté une augmentation des sulfates et des urates. Samson et Chippingdale signalent l'hémoglobinurie et la présence de cylindres.

L'excitation médullaire donne souvent lieu à des érections continuelles et douloureuses; un homme, dont l'histoire est rapportée par Haller, put pratiquer 50 fois le coït en 24 heures. Le satyriasis s'accompagne parfois d'éjaculation et de sensations voluptueuses qui peuvent devenir le point de départ d'un délire érotique. Chez la femme, la nymphomanie est plus rare.

La fièvre qui, pendant les prodromes, se montre souvent sous forme d'accès passagers, est constante dans le cours de la rage confirmée; généralement peu intense, elle ne suit pas une évolution régulière et se caractérise seulement par des rémissions matinales. A la fin de la maladie on observe constamment une élévation thermique qui permet de prédire l'imminence de la mort. La température atteint alors 39° et plus souvent 40 et 41°; elle s'élève parfois à 42°, 42°,8, 45° (Landouzy); elle peut même monter après la mort de 1° à 1°,8 (Peter).

Le pouls présente les mêmes variations : il augmente de fréquence et devient souvent intermittent. Enfin nous noterons encore l'existence de sueurs abondantes pendant les crises et à la fin de la vie.

La durée de cette période est très variable; tantôt elle ne dépasse pas 2 ou 3 heures, tantôt elle se prolonge pendant 2 ou 3 jours.

Le malade peut succomber pendant une crise, par les progrès de l'asphyxie; ou bien il tombe dans un coma, qu'interrompent encore les hallucinations et les convulsions. Il peut enfin être emporté subitement.

Si l'infection suit son évolution régulière, elle aboutit à la troisième période qui correspond à la paralysie des centres nerveux.

*Troisième période ou période paralytique.* — Le malade est tombé dans le collapsus; les pupilles sont dilatées; les yeux ternes; parfois la vue est abolie. A l'hyperesthésie a fait place l'abolition de la sensibilité. La voix s'affaiblit; l'intelligence a disparu; le pouls est filiforme; le corps est couvert de sueurs; de l'écume se montre au niveau des lèvres.

Souvent on constate à cette période diverses paralysies; tantôt certains groupes musculaires sont atteints et on voit les mouvements devenir désordonnés et ataxiques; ailleurs on observe une vraie paralysie frappant les muscles de la face, la langue, les oculo-moteurs et surtout le releveur des paupières. Enfin on peut rencontrer de l'hémiplégie, de la paraplégie et, comme l'avait déjà noté van Swieten, une paralysie universelle, c'est-à-dire une paraplégie cervicale.

**Marche. Durée. Terminaison.** — La rage est essentiellement caractérisée par l'existence de deux périodes: l'une d'excitation, l'autre de paralysie. La mort survient généralement du troisième au quatrième jour après le début des phénomènes; exceptionnellement on a vu le malade emporté en 48 heures; plus souvent l'évolution a pu se prolonger pendant 5 ou 6 jours et même, quoique rarement, atteindre 7, 8 et 9 jours. Il est rare qu'après le premier accès bien caractérisé, la survie dépasse 2 ou 3 jours.

La mort survient par épuisement progressif, par asphyxie ou par syncope cardiaque. Celle-ci peut arriver inopinément au milieu d'un accès rabique. La terminaison fatale peut résulter encore d'un accident; le malade peut se tuer en se sauvant, en se frappant la tête; dans quelques cas il a abrégé ses souffrances par le suicide. Enfin la mort peut survenir au milieu de phénomènes convulsifs tétaniformes, accompagnés souvent de troubles respiratoires rappelant le type de Cheyne-Stokes.

**Forme paralytique.** — A côté de la forme classique de la rage, il convient de décrire une forme paralytique sur laquelle l'attention n'a été appelée que dans ces dernières années. Sans doute les cas de ce genre ont été observés de tout temps. C'est ainsi qu'en 1755, Hoin a vu périr 8 personnes mordues par un loup; 4 d'entre elles succombèrent à la forme paralytique. On en trouve également des observations dans les bulletins de la Société royale de médecine de 1779 et de 1785. Van Swieten en a rapporté un remarquable exemple. Des faits semblables furent publiés par Laborde, Andry, Roussel et bien d'autres; malgré l'ensemble de ces observations, quelques médecins n'ont pas craint de soutenir que la rage paralytique était inconnue de nos ancêtres, que c'était une rage de laboratoire, transmise à l'homme par les inoculations employées dans le but de prémunir contre l'hydrophobie. Une pareille assertion ne peut tenir devant les faits. Il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir le mémoire de Gamaléia<sup>(1)</sup> qui a réuni 20 cas de rage paralytique développés en dehors de toute inoculation vaccinale. D'après di Vestea et Zagari, la rage furieuse surviendrait surtout après les morsures au niveau de la tête ou des mains; la forme paralytique

(1) GAMALÉIA, Étude sur la rage paralytique chez l'homme. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1887.

serait plutôt consécutive aux morsures portant sur les membres inférieurs. On a dit aussi que la rage paralytique succède le plus souvent à des morsures graves, quand une grande quantité de virus a été déposée dans la plaie.

Le début est annoncé par un engourdissement, une sensation de lourdeur dans le membre mordu; on y remarque en même temps des secousses fibrillaires, quelquefois un peu de tremblement ou de raideur spasmodique. Puis le membre devient inhabile; ses mouvements sont mal accusés ou ataxiques; les muscles sont de plus en plus faibles et finissent par perdre complètement leur motilité. Souvent au début, la paralysie ne frappe qu'un groupe parmi les muscles à action synergique; les antagonistes n'étant plus modérés, il en résulte une notable incoordination motrice, rappelant plus ou moins les mouvements de l'ataxie. En même temps, le malade éprouve des irradiations douloureuses dans les membres atteints, coexistant parfois avec une diminution de la sensibilité.

Les phénomènes paralytiques ne débutent pas toujours par la région mordue; dans quelques cas, les premières manifestations consistent en de violentes douleurs s'étendant aux membres inférieurs et s'irradiant en ceinture au niveau du tronc; en même temps le malade éprouve de l'engourdissement dans les membres; les mouvements deviennent de plus en plus difficiles; c'est une paraplégie qui s'annonce comme une myélite centrale.

Quel qu'ait été le mode de début, la paralysie suit généralement une marche progressive et ascendante; des membres elle s'étend au tronc, puis frappe la vessie, le rectum et finit par atteindre le centre respiratoire et par entraîner ainsi la mort du malade; dans d'autres cas, la terminaison fatale est due à une syncope cardiaque.

Quand la morsure siège au niveau des membres supérieurs, les accidents revêtent parfois une marche descendante et ne frappent que secondairement les membres inférieurs; la maladie se termine du reste comme dans le cas précédent.

Enfin, il faut faire rentrer dans la forme paralytique les faits plus rares où la paralysie a présenté le type hémiplégique et a pu s'accompagner d'aphasie (Laborde). Il s'agit évidemment dans ce cas d'une localisation corticale, comme en témoigne la coexistence de phénomènes délirants.

La forme paralytique de la rage dure assez longtemps, la mort ne survient souvent qu'au bout de 7 jours.

Si on compare les manifestations symptomatiques des deux formes que nous avons admises, on voit qu'il existe entre elles de nombreuses transitions. Ce sont deux simples variétés cliniques d'une infection unique.

**Pronostic.** — Il n'est pas besoin de longues considérations pour établir ce que le pronostic de la rage a de terrible: quand la maladie a éclaté, on peut dire que le patient est voué à une mort certaine et à une agonie horrible.

La rage déclarée peut-elle rétrocéder et guérir? Aucun fait positif ne le démontre chez l'homme. Car, pour lever tous les doutes, il faudrait prouver que les prétendus cas de rage guérie se rapportent bien à cette maladie, et, pour cela, il faudrait des observations où la nature de l'infection serait établie par inoculation de la salive à des animaux. Cette démonstration n'ayant jamais été faite, croyons-nous, nous pensons devoir rejeter les cas publiés jusqu'ici, comme n'ayant pas un caractère scientifique suffisant. Nous ne voulons pas