

## Mémoires

---

### Observation d'une épidémie de grippe à l'Armée d'Orient (mai-juin 1918)

Par TEISSONNIÈRE, BÉGUET, JOLLY.

L'épidémie de grippe signalée au printemps 1918 sur divers points en Europe, en particulier en Espagne et en Italie, a été également observée vers la même époque à l'Armée d'Orient.

Les caractères de l'épidémie en Macédoine ont été : l'explosion brusque et massive, tout au moins en apparence ; l'extension rapide et générale, fonction d'une contagiosité extrême et immédiate ; la prédominance de la forme thoracique.

L'explosion brusque et massive n'est qu'une apparence ; comme d'habitude, les premiers cas plus bénins, méconnus ou en tous cas non coordonnés, ont pu propager la maladie silencieusement.

L'extension rapide s'explique par la brièveté de l'incubation (24 à 36 heures) ; enfin, la généralisation est naturelle, si l'on songe d'une part que, l'immunité n'existant pas, tous les sujets sont réceptifs, d'autre part que tous les moyens de prophylaxie sont, dans le cas particulier, d'une efficacité restreinte.

C'est vers le 20 mai que l'attention a été appelée et même émue par l'explosion massive ; les formations ne sont pas rares où l'on a enregistré : 25 ou 30 cas par jour pour des effectifs de moins de 100 hommes. Toutefois, notre enquête nous a permis de déterminer des cas certains remontant au 15 mai. Il n'est pas douteux que ces premiers cas, généralement ambulatoires, n'aient sourdement préparé l'explosion massive.

L'incubation très courte a pu être déterminée dans certains cas de façon quasi expérimentale. Le 19 mai, 28 malades, provenant d'une formation éloignée (premier lot massif observé), sont évacués sur une ambulance jusque-là totalement indemne. Le

21 mai, soit 36-48 heures après, 16 personnes, infirmiers ou officiers appartenant à cette formation, sont atteintes.

Le médecin-chef d'une ambulance éloignée fait une courte visite à ces malades, puis rejoint sa formation; 24 heures après, lui-même se sent atteint; après deux jours encore, 25 de ses hommes tombent malades. Aucune autre communication n'étant intervenue, ni aucune hospitalisation, il est bien certain que c'est ce médecin qui a transporté et propagé le mal.

Ces faits, qui montrent l'extrême contagiosité de la maladie, expliquent comment elle a pu se propager très rapidement, malgré toutes les mesures prophylactiques, à l'A. O. toute entière.

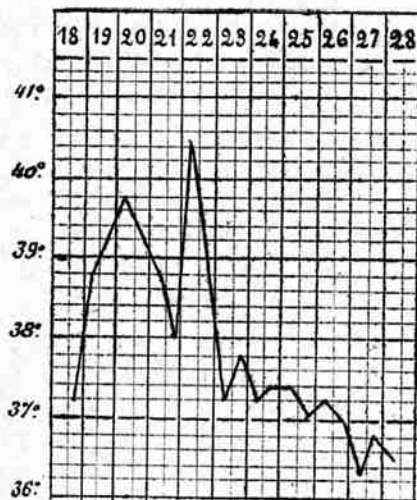
**SYMPTOMATOLOGIE.** — La prédominance, on pourrait dire la constance des signes respiratoires, permet de ramener la majorité de ces cas observés à la forme qu'on a appelée « thoracique ». L'allure clinique d'un cas moyen peut se résumer ainsi : Incubation très courte de 24 à 48 heures : invasion brusque par céphalée violente, vertiges, frissons, courbature généralisée et ascension thermique s'élevant dès le 1<sup>er</sup> jour à 39° 40° avec fréquence parallèle du pouls. En même temps, signe constant capital : *catarrhe oculo-nasal* se manifestant par du larmolement, un picotement intense au niveau des conjonctives qui sont injectées, du coryza, de l'enchifrenement. Le visage est vultueux, les paupières parfois gonflées, l'asthénie et le malaise très grands.

Bientôt après apparaît la *laryngo-trachéite*; le malade se plaint à la gorge et au niveau de la trachée de picotements qui provoquent des quintes de toux fréquentes et pénibles. La voix est quelquefois enrouée et même éteinte. L'infection, gagnant plus profondément les voies respiratoires, atteint les bronches et l'on peut alors observer à l'auscultation les signes de la *bronchite banale* ou de la congestion légère. Ces signes peuvent s'accompagner d'expectoration muco-purulente.

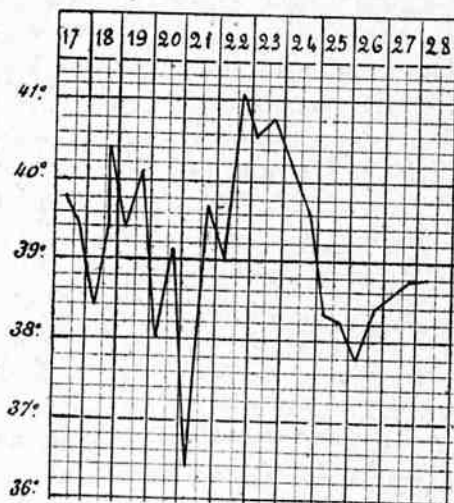
Ces phénomènes respiratoires s'accompagnent toujours d'anorexie, quelquefois de nausée et d'un état saburral très marqué des premières voies digestives, en particulier de la langue dont le dos est toujours recouvert d'un épais enduit opalin. La constipation est la règle. La température s'abaisse dès le premier jour pour atteindre la normale généralement vers le quatrième jour. Toutefois, on observe souvent, après une apyrexie de 24 heures, une nouvelle ascension légère (38° à 38°5) ou fugace (Courbe en V de TEISSIER). La convalescence s'établit aussitôt pendant

laquelle peuvent persister plus ou moins longtemps l'anorexie et l'asthénie.

A côté de cette forme moyenne dont la durée est habituellement de 3 à 8 jours, on a pu observer d'une part les formes légères ou frustes qui prennent l'allure bénigne du catarrhe saisonnier; d'autre part les formes graves et parfois mortelles qui se compliquent de congestion pulmonaire, de pneumonie ou de



Forme moyenne avec la rémission classique (V grippal).



Forme plus grave avec rémission et complications broncho-pulmonaires.

broncho-pneumonie, avec tous les signes classiques de ces maladies.

Voici deux types de courbes thermiques et les observations complètes de deux cas mortels :

OBSERVATION CLINIQUE. — B..., 33 ans. Pas d'antécédents particuliers.

*Début* de la maladie actuelle. Dans la soirée du 22 mai, sensation de malaise et de courbature, sans fièvre; appétit conservé.

*Le 23 au matin*, malade couché: se plaint par dessus tout d'un point de côté très douloureux siégeant un peu au dessous du mamelon droit. Faciès grippé, ailes du nez battantes, respiration rapide, brève et superficielle (25 respirations à la minute). Température: 38°7. Pouls: 100 bien frappé et régulier. Langue couverte d'un épais enduit blanchâtre. Yeux brillants, injectés, larmoyants. Toux sèche et quinteuse, mais peu fréquente et peu incommode, contrairement à ce qu'on observe chez les autres malades. Pas de sueurs. Pas de diarrhée. Urines: coloration nor-

male, mais sans albumine. Crachats très peu abondants, épais et visqueux, sans autres caractères particuliers.

A l'examen des poumons : poumon gauche, respiration rude sans bruits surajoutés. — A droite : submatité sur les 2/3 inférieurs en arrière, vibrations analogues à celles du côté opposé. A l'auscultation, respiration diminuée dans son intensité sur les 2/3 inférieurs ; au sommet, respiration forte et rude avec râles de bronchite diffuse ; en outre dans les 2/3 inférieurs, râles survenant par bouffées, sons crépitants, pendant l'inspiration.

Auscultation du cœur : rien de particulier, rythme rapide ; les bruits sont bien frappés.

Foie : rien de particulier. — Rate normale.

Traitement : 15 g. sulfate de soude, au lait, 2 g. aspirine. Un enveloppement humide, qui apporte un soulagement notable, sans abaisser la température prise immédiatement après. Un sinapisme calme notablement la douleur du point de côté.

Le 23 au soir : malade calme. Point de côté très atténué. Température 38°6. Nuit bonne.

Le 24 au matin : la douleur du point de côté est plus vive que la veille, langue très sale, faciès très grippé. Temp. : 39°8. Pouls : 100, régulier, bien frappé. Céphalée nulle. A l'auscultation du poumon droit, même respiration diminuée, mais bouffées de gros râles, sons crépitants aux deux temps, pas de souffle. En outre, gros crachats *rouillés*. Enfin : traces d'albumine dans les urines.

Lavages de bouche et gargarisme à l'eau oxygénée et enveloppement sinapisé qui procure un soulagement notable avec abaissement appréciable de température qui persiste le soir.

25 mai. La nuit a été bonne, la malade a dormi, mais on remarque d'emblée la teinte livide du faciès, très altéré depuis la veille. Le pouls est régulier, mais rapide (110) et petit, dépressible. Dans les urines, l'albumine persiste, sans qu'on puisse toutefois la doser avec le tube d'ESBACH. Langue très sale. Selle normale. La respiration est très rapide, superficielle ; la gêne respiratoire est médiocre. A l'auscultation, respiration très soufflante aux deux temps avec bouffées de gros râles, sons crépitants aux deux temps dans toute la moitié inférieure du poumon droit. — Poumon gauche : respiration rapide et rude sans bruits surajoutés.

Enveloppement sinapisé, 1/10 de mg. de digitaline en granule, 2 cm<sup>3</sup> d'huile camphrée le matin. Potion de Todd acétate. Lavages de bouche et gargarismes à l'eau oxygénée.

Au cours de la journée, la température s'élève progressivement et dépasse 40°. Le faciès du malade s'altère visiblement. La respiration est rapide, brève, saccadée. Le pouls devient dépressible. Dans la soirée, délire léger, un peu d'agitation, des sueurs discrètes.

Nouvel enveloppement sinapisé le soir huile ; camphrée 2 cm<sup>3</sup>.

26 mai au matin. Cyanose des extrémités des doigts et des pieds ; visage très altéré, livide, râle trachéal. La respiration est toujours rapide, mais plus difficile. Pouls mauvais. Aspect d'un grand infecté. Lucidité normale jusque vers 9 heures. Mort.

Méd. A.-M. COUVREUX.

PROTOCOLE DE NÉCROPSIE. — *Poumons, à droite* : adhérences pleurales épaisses, le poumon est entièrement adhérent par toutes ses faces. Le sommet est œdématisé, la base densifiée. A la coupe : nombreux petits

tubercules sans caséification notable ; base fortement congestionnée. *A gauche* : pas d'adhérences. Le poumon est œdématié ; à la coupe foyers disséminés de broncho-pneumonie.

*Cœur*. — Semble normal.

*Foie*. — Pâle ; un peu gros.

*Rate*. — Normale.

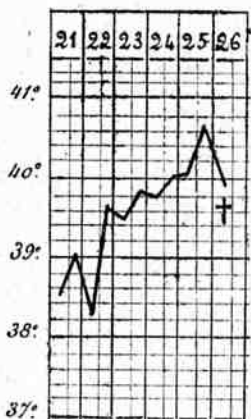
*Rein*. — Rein gauche : friable, extrêmement mou ; congestionné ; à la coupe : nombreux foyers ecchymotiques.

*Capsules surrénales*. — Altérations cadavériques.

*Intestin*. — Normal.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — *Poumon*. — Ilots d'alvéoles à divers stades d'engouement et d'hépatisation ; lumière des bronchioles remplie d'exsudats muqueux et muco-purulents. *Lésions à topographie broncho-lobulaire* (broncho-pneumonie).

*Rein*. — Congestion vasculaire : capillaires gorgés de globules. Présence, entre les tubes sécréteurs, dans la région corticale, de petites cellules rondes et d'éléments fibrillaires formant une charpente interstitielle. *Sclérose légère, diffuse* (néphrite aiguë).



OBSERVATION CLINIQUE. — *Annamite X...* — Se présente le 21 mai 1918 le matin à la visite pour toux, céphalée et courbature.

Toux quinteuse survenue au cours de la nuit, fréquente et déterminant une sensation de brûlure et de déchirure derrière le sternum. Céphalée non localisée. — Courbature : douleurs lombaires et dans les membres inférieurs. Langue blanchâtre. Examen de la gorge : rien de particulier, mais les yeux sont brillants injectés, larmoyants.

Examen de l'appareil respiratoire : pas d'angine, légère douleur laryngée.

Examen des poumons : aux deux sommets, respiration un peu rude, quelques râles de bronchite ; aux deux bases : respiration diminuée, seulement quelques râles quand on fait tousser le malade.

Langue un peu blanche. Constipation. Pas d'albumine dans les urines.

Foie et Rate : rien de particulier.

22 mai. — Nuit très bonne. La toux persiste quinteuse et violente, sans qu'une potion de codéine soit efficace. Etat général bon. Céphalée modérée. Rien de particulier à l'auscultation. Mais le soir la température se relève.

23 mai. — Malade abattu, très fébrile. La toux persiste très intense. A l'auscultation des poumons, on constate : respiration forte et rude aux sommets. Poumon gauche : dans la moitié inférieure en arrière, des râles disséminés de bronchite. Poumon droit : dans la moitié inférieure en arrière, un souffle avec des bouffées de râles, sous crépitants, fins, survenant à la fin de l'inspiration.

Pas de point de côté. Pouls rapide, mais bien frappé. Traces d'albumine dans les urines.

24 mai. — Mauvais aspect du malade très abattu, au faciès tiré, même

toux. La température s'élève encore progressivement. Le pouls reste bon (huile camphrée 4 cm<sup>3</sup> dans la journée). Respiration rapide et brève; à l'auscultation des poumons, on constate la persistance de la congestion à droite. A gauche: la respiration reste un peu voilée, mais on entend aussi des râles fins, sans crépitants à l'inspiration.

Enveloppements sinapisés. Digitaline 1/10<sup>e</sup> mg. Huile camphrée

25 mai. — Très mauvais état général. Abattement; délire très discret, un peu d'agitation dans l'après-midi. Toux diminuée. Pas de crachats rouillés, mais de gros crachats muco-purulents. La respiration reste rapide, brève et saccadée. A l'auscultation, le foyer pulmonaire de la base droite paraît très étalé. Pouls rapide et dépressible (120 à 130). Température continue très élevée.

Le 26 mai dans la matinée, coma, mort.

Méd. A.-M. COUVREUX.

PROTOCOLE DE NÉCROPSIE. — *Poumons*. — Quelques adhérences pleurales à la base gauche; un peu de liquide. Poumon droit: congestionné, œdématisé, de la base au sommet. Poumon gauche: lobe inférieur très fortement congestionné et uniformément dense sans nodosités.

*Cœur*. — Normal.

*Foie*. — Un peu gros, de couleur saumon.

*Rate*. — Petite; normale.

*Reins*. — Un peu congestionnés, sans altération macroscopique.

*Capsules surrénales*. — Altération cadavérique.

*Intestin*. — Normal.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — *Poumon*. — Base gauche: alvéoles remplis pour la plupart d'un exsudat cellulaire très confluent formé de leucocytes (hépatisation grise); parois interalvéolaires comprimées et amincies. *Lésions de pneumonie à la pér. d'hépatisation grise*.

*Foie*. — Capillaires remplis de globules rouges.

*Rein*. — Normal.

DIAGNOSTIC. — La soudaineté de l'explosion épidémique, la notion de l'endémicité de la fièvre de 3 jours en Macédoine et la constatation en quelques points de phlébotomes, ont pu égarer le diagnostic les premiers jours, on pourrait dire les premières heures. Mais la détermination de la durée d'incubation, le parallélisme rigoureux du pouls et de la température, l'absence certaine de toute piqûre d'insecte dans de nombreux cas ont fait bien vite écarter le diagnostic de fièvre à pappataci et porter celui de grippe, bientôt confirmé par les complications pulmonaires graves, dans quelques cas mortelles. De même l'absence d'exanthème et d'angine a pu faire écarter celui de fièvre éruptive.

Les examens bactériologiques pratiqués dès la première heure n'ont permis que des constatations négatives ou banales: absence d'hématozoaires dans le sang et formule leucocytaire sensiblement normale; hémocultures en bile et en bouillon

négatives; dans les crachats, présence de germes divers sans spécificité, staphylocoques, streptocoques, pneumocoques et de façon constante *M. catarrhalis*.

L'épidémie, entrée rapidement en décroissance, tend actuellement vers sa fin, tous les sujets réceptifs ayant été atteints. Au point de vue de sa gravité, si le plus grand nombre des cas ont été bénins, les cas compliqués ont été très graves et un assez grand nombre ont été mortels; tous ceux-ci par broncho-pneumonie ou pneumonie.