

totale d'un côté avec une hémiplegie des membres du côté opposé du corps. La paralysie faciale, au point de vue de ses caractères objectifs, de son étendue et de ses réactions électriques, se comporte comme la paralysie faciale dite *a frigore* : c'est une paralysie faciale périphérique. Il n'est pas rare de voir coïncider, avec cette paralysie du facial, une paralysie d'autres nerfs crâniens du même côté, en particulier de l'hypoglosse et de l'abducens.

Ici encore l'explication de cette hémiplegie alterne est fournie par l'anatomie de la région, par les relations que le faisceau pyramidal, dans son trajet bulbo-protubérantiel, affecte avec les troncs des nerfs facial, hypoglosse et moteur oculaire externe.

Ce syndrome de Millard-Gubler se complique donc assez souvent de paralysie de la VI<sup>e</sup> paire et de troubles de la parole, avec ou sans hémiatrophie de la langue. Dans quelques cas, on a vu le trijumeau et l'auditif participer au syndrome. L'hémiplegie alterne inférieure ou bulbo-protubérantielle peut se présenter sous un type différent du type Millard-Gubler et être caractérisée par une hémiplegie vulgaire des membres associée à une paralysie de l'abducens ou de l'hypoglosse (V. OPHTALMOPLÉGIES).

Il est une variété d'hémiplegie alterne qui a été signalée par Raymond et étudiée plus récemment par Bernhardt. Elle consiste en une *hémianesthésie alterne*, tantôt pure et isolée, tantôt associée à une paralysie motrice des membres ou du trijumeau. A l'état d'isolement elle est caractérisée par une anesthésie de la face d'un côté (trijumeau pris totalement ou partiellement), associée à une hémianesthésie de la peau du tronc et des membres.

5° *Hémiplegie spinale*. — Le *syndrome de Brown-Séguard* consiste en une hémiplegie des membres d'un côté avec hémianesthésie du côté opposé. L'hémianesthésie occupe le côté du corps opposé au siège de la lésion spinale. L'hémiplegie occupe les membres du côté de la lésion; elle ne s'accompagne pas d'anesthésie mais souvent, au contraire d'hyperesthésie. La face est respectée. Dans un cas de Stieglitz, il y avait syndrome de Brown-Séguard pour les membres et en plus anesthésie du trijumeau (intéressé dans sa racine ascendante) du même côté que la paralysie motrice, de telle sorte qu'on se trouvait en présence d'une *hémianesthésie alterne* [V. MOELLE (COMPRESSION)].

La condition nécessaire de cette hémiplegie est que la lésion, traumatique ou spontanée, siège dans la région cervicale de la moelle. Toute lésion située au-dessous engendrerait le même syndrome, mais sous le type hémiparalégique.

On peut résumer, comme il suit, les troubles observés en pareil cas :

a) *Du côté de la lésion spinale* :

- 1° Hémiplegie motrice avec hémihyperesthésie;
- 2° Zone anesthésique, peu étendue, située immédiatement au-dessus de la limite supérieure de l'hémihyperesthésie, correspondant au territoire innervé par les nerfs qui naissent immédiatement au-dessous du siège de la lésion;
- 3° Zone hyperesthésique, située au-dessus de la zone anesthésique précédente;
- 4° Paralysie possible des origines du grand sympathique;
- 5° Hyperthermie des parties paralysées.

b) *Du côté opposé à la lésion spinale* :

- 1° Hémianesthésie complète ou dissociée, homologue (quant à son étendue) à l'hémiplegie motrice du côté opposé;

2° Zone hyperesthésique située au-dessus de l'hémianesthésie;

3° Intégrité de la motilité volontaire.

D'après Mann, dans l'hémiplegie spinale, la paralysie porterait sur les mêmes groupements ou « mécanismes musculaires » que dans l'hémiplegie cérébrale, c'est-à-dire sur les « raccourcisseurs » du membre inférieur, les « allongeurs » de ce membre restant plus ou moins intacts. Cet auteur admet trois types de paralysie spinale, suivant la hauteur de la lésion :

1° Une paralysie spasmodique des membres supérieur et inférieur, sans altérations électriques, si la lésion siège au-dessus du renflement cervical;

2° Une paraplégie spasmodique du membre inférieur, associée à une monoplégie brachiale flasque et atrophique, si la lésion occupe le renflement cervical;

3° Une hémiparaplégie spinale, spasmodique, si la lésion siège au-dessous du renflement cervical.

A ces trois types on peut adjoindre l'*hémiplegie spinale bilatérale* (Hanot et Meunier, Brissaud) fréquente dans la syphilis, « la paraplégie syphilitique sensitivo-motrice bilatérale étant quelquefois une double hémiparaplégie motrice avec double hémianesthésie croisée ».

A côté de cette hémiplegie spinale si particulière, il faut mentionner l'*hémiplegie spinale aiguë*, chez l'enfant ou chez l'adulte, par poliomyélite antérieure. Elle est exceptionnelle et déterminée par la coïncidence de deux foyers occupant, l'un la région cervicale et l'autre la région lombaire, du même côté de la moelle. Elle est facile à reconnaître à sa flaccidité (abolition des réflexes tendineux), à la mobilité extrême des parties paralysées, à l'arrêt de développement et aux déformations considérables des membres, à l'amyotrophie, aux troubles électriques, à l'absence de troubles de la sensibilité, etc.

6° *Hémiplegie bilatérale*. — Jusqu'ici, je n'ai envisagé que les faits communs d'hémiplegie vulgaire. On peut se trouver en présence de cas d'hémiplegie double, accompagnée du syndrome glosso-labié. Ce sont les faits de ce genre que M. Lépine, en 1877, a autonomisés sous la dénomination de *paralysie glosso-labiée cérébrale à forme pseudo-bulbaire*, qui sera étudiée ailleurs (V. PARALYSIE PSEUDO-BULBAIRE).

B. — *Diagnostic étiologique*. — Retrouver la cause derrière le syndrome hémiplegie est parfois chose très facile. Lorsque, par exemple, ce syndrome survient au cours d'une maladie parfaitement caractérisée, comme la pneumonie, la sclérose en plaques, etc., il est vraisemblable qu'il est sous la dépendance de la maladie initiale. Mais il pourrait, à la rigueur, relever d'une hémorragie ou d'un ramollissement cérébral vulgaire, voire de l'hystérie.

Quand, au contraire, l'hémiplegie se montre au milieu d'une santé parfaite, et qu'elle constitue, en apparence du moins, tout le mal, il est plus malaisé de résoudre le problème. Pour arriver, dans ces cas, à la probabilité, sinon à la certitude, il faut réunir une série de notions tirées de l'âge du sujet, de ses antécédents, de son passé pathologique, des signes concomitants, des caractères mêmes du syndrome hémiplegique et tâcher, à l'aide de ces connaissances, de remonter de l'effet à la cause première.

Il est impossible de passer ici en revue les diverses variétés étiologiques de l'hémiplegie. Ce serait une revue à la fois fastidieuse et incomplète, tant ces



causes sont innombrables. On trouvera dans le tableau suivant la liste des principales d'entre elles.

Il suffit de se reporter aux articles concernant les maladies énumérées dans ce tableau, pour prendre connaissance des caractères spéciaux que chacune de ces causes imprime au syndrome en question. L'hémiplégie spasmodique infantile fait l'objet d'une étude spéciale (V. ENCÉPHALOPATHIES INFANTILES).

	1° LÉSIONS TRAUMATIQUES CRANIENNES, CÉRÉBRALES ET MÉDULLAIRES.		
	2° LÉSIONS SPONTANÉES DES OS.		
A. Maladies organiques des centres nerveux.	3° LÉSIONS MÉNINGÉES.	Hémorragies méningées.	
		Pachyméningites.	
		Méningites (syphilis, tuberculose.)	
	4° LÉSIONS CÉRÉBRALES.	Ramollissement.	athérome.
		Hémorragie.	artérites.
Tumeurs.		embolies.	
Abcès.			
Scléroses dites primitives.			
5° LÉSIONS CÉRÉBRO-SPINALES.	Tabes.		
	Sclérose en plaques.		
	Paralysie générale.		
B. Maladies toxi-infectieuses.	1° INTOXICATIONS.	Zona ophtalmique.	
		Urémie.	
		Diabète.	
		Alcoolisme.	
		Saturnisme.	
	2° INFECTIONS.	Hydrargyrisme.	
		Intoxications sulfo et oxycarbonées.	
		Pneumonie.	
		Pleurésie.	
		Paludisme.	
C. Névroses.	(a) Aiguës.	Fièvre typhoïde.	
		Fièvres éruptives.	
	(b) Chroniques.	Puerpéralité.	
		Diphthérie.	
		Rage, etc.	
	Maladie de Parkinson.	Syphilis.	
		Tuberculose.	
Hystérie.			
Chorée.			
	Fulguration, etc.		

Le grand problème qui se pose journellement en présence d'une hémiplégie est le suivant : s'agit-il d'une *hémiplégie organique* ou d'une *hémiplégie hystérique*? Les conditions émotionnelles dans lesquelles s'est développée la paralysie ne peuvent permettre aucune conclusion ferme, pas plus que la présence d'une des causes habituelles de l'hémiplégie organique. Un syphilitique, un sujet porteur d'une lésion mitrale peuvent, à un moment donné, être frappés d'hémiplégie hystérique. La constatation d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle ne signifie pas absolument que les troubles moteurs sous-jacents dépendent de la névrose. Du reste, l'hémianesthésie n'est pas constante dans l'hystérie. Il faut donc chercher une différenciation dans les troubles moteurs eux-mêmes.

Récemment, Babinski est revenu sur ce sujet et a décrit un certain nombre de signes que j'ai signalés, chemin faisant, et qui permettent de distinguer la nature organique d'une hémiplégie. Ce sont le *phénomène des orteils*, le *signe du peaucier*, la *flexion combinée de la cuisse et du tronc*, la *flexion exagérée de l'avant-bras*, et la *griffe particulière de la main*.

Tous ces signes ont déjà été étudiés à l'exception de la griffe spéciale. Si le médecin glisse sa main — la chose est possible — entre les doigts et la paume de la main du malade, et s'il essaye d'étendre cette main, il sent un obstacle à la fois trépidant et élastique, et constate, pendant ce mouvement d'extension, que les phalanges se fléchissent les unes sur les autres et sur les métacarpes, de manière à venir serrer la main de l'observateur. Il y a là une sensation globale que l'on reconnaît quand on l'a une fois perçue.

Le tableau ci-dessous, que j'emprunte à Babinski, permettra, en résumé, de distinguer l'hémiplégie organique de l'hémiplégie hystérique.

Hémiplégie organique.

1° La paralysie est limitée à un côté du corps.

2° La paralysie n'est pas systématique. Si par exemple à la face les mouvements unilatéraux sont très affaiblis, l'impotence aussi apparaît avec netteté du côté de l'hémiplégie pendant l'exécution des mouvements bilatéraux synergiques.

3° La paralysie atteint les mouvements volontaires conscients ainsi que les mouvements volontaires inconscients ou subconscients; de la résultent deux phénomènes, l'un le *signe du peaucier*, l'autre la *flexion combinée de la cuisse et du tronc*.

4° La langue est généralement déviée du côté de la paralysie.

5° Il y a, principalement au début, de l'*hypotonie musculaire*, qui peut se traduire à la face par de l'abaissement de la commissure, de l'abaissement du sourcil, etc., et au membre supérieur par la *flexion exagérée de l'avant-bras*.

6° Les réflexes tendineux et les réflexes osseux sont souvent troublés dès le début; ils peuvent être à ce moment abolis, affaiblis ou exagérés. Plus tard ils sont presque toujours exagérés et il existe dans bien des cas de la trépidation épileptoïde du pied.

Hémiplégie hystérique.

1° La paralysie n'est pas toujours limitée à un côté du corps. Cette remarque s'applique particulièrement à la paralysie de la face, où les troubles sont généralement bilatéraux.

2° La paralysie est parfois systématique, il en est presque toujours ainsi à la face. Par exemple, les mouvements unilatéraux de la face peuvent être complètement abolis, tandis que les muscles du côté de l'hémiplégie fonctionnent normalement pendant l'exécution des mouvements bilatéraux synergiques.

3° Les mouvements volontaires inconscients ou subconscients ne sont pas troublés; de là résultent l'absence du *signe du peaucier*, ainsi que l'absence de la flexion combinée de la cuisse et du tronc.

4° La langue est parfois légèrement déviée du côté de la paralysie, mais la déviation de la langue peut aussi être très prononcée, ou encore s'opérer du côté opposé à la paralysie.

5° Il n'y a pas d'*hypotonie musculaire*. Quand il existe de l'asymétrie faciale on peut reconnaître qu'elle est due non à de l'*hypotonie musculaire*, mais à du spasme; le signe de la flexion exagérée de l'avant-bras fait défaut.

6° Les réflexes tendineux et les réflexes osseux ne subissent pas de modification et la trépidation épileptoïde du pied fait défaut.



**Hémiplégie organique (Suite).**

7° Les réflexes cutanés sont généralement troublés.

Le réflexe abdominal et le réflexe crémasterien sont ordinairement, surtout au début, affaiblis ou abolis.

Le mouvement réflexe des orteils consécutifs à l'excitation de la plante du pied subit ordinairement une inversion dans sa forme ; les orteils, au lieu de se fléchir, s'étendent sur le métatarse. Ce signe ou *phénomène des orteils* appartient à toutes les périodes de l'hémiplégie.

8° La forme de la contracture a un aspect particulier et ne peut être reproduite par une contraction volontaire des muscles.

9° L'évolution est régulière ; la contraction succède à la flaccidité ; l'amélioration est progressive ; la paralysie n'est pas sujette à des alternatives en bien ou en mal.

Les nombreuses recherches de ces dernières années ont montré que, très souvent, l'hémiplégie, survenue au cours d'une maladie organique préexistante, appartient non à cette maladie, mais bien à l'hystérie. Il en est de même du syndrome hémiplégie qui se montre au cours des intoxications par le plomb, l'alcool, le mercure, le sulfure et l'oxyde de carbone, etc., quel que soit le rôle joué par la maladie ou l'intoxication préalable. Avant donc de mettre une hémiplégie donnée sur le compte d'une maladie, il est indispensable, après s'être assuré qu'un foyer nécrobiotique ou hémorragique vulgaire n'est pas en cause, d'avoir éliminé l'hystérie.

**Pronostic.** — Le pronostic varie suivant les périodes et surtout suivant les causes de l'hémiplégie. Pendant la période apoplectique, il est sage de faire de prudentes réserves.

Quand le malade reprend vite ses sens, que la fièvre ne s'allume pas et que les signes du décubitus font défaut, la vie n'est plus en danger. Tout va se borner à une hémiplégie dont l'avenir est subordonné à différents éléments. Toutes choses égales d'ailleurs, l'avenir d'une paralysie complète et totale est plus sombre que celui d'une paralysie partielle et incomplète. L'âge du malade constitue encore un élément de gravité variable : il est certain que l'hémiplégie est plus grave chez l'enfant que chez l'adulte, à cause de l'arrêt de développement et de la difformité monstrueuse de l'hémiplégie spasmodique infantile. D'autre part, le mauvais état général du sujet, la coexistence de lésions cardio-artérielles sont de nature à assombrir le pronostic.

**Hémiplégie hystérique (Suite).**

7° Les réflexes cutanés ne paraissent pas troublés.

Le réflexe abdominal et le réflexe crémasterien sont ordinairement normaux.

Le mouvement réflexe consécutif à l'excitation de la plante du pied ne subit pas d'inversion dans sa forme. Le phénomène des orteils fait défaut.

8° La forme de la contracture peut être reproduite par une contraction volontaire des muscles.

9° L'évolution est capricieuse ; la paralysie peut rester indéfiniment flasque, comme elle peut aussi être spasmodique dès le début ; les phénomènes spasmodiques s'associent parfois, surtout à la face, aux phénomènes paralytiques. Les troubles sont susceptibles de s'atténuer et de s'aggraver alternativement à plusieurs reprises, de se modifier rapidement dans leur intensité ainsi que dans leur forme, de présenter des rémissions transitoires pouvant ne durer que quelques instants.

Mais ce qui en réalité commande le pronostic, c'est la cause même et le mécanisme du syndrome. Une hémiplégie par destruction du système pyramidal est plus grave qu'une hémiplégie par compression. Celle-ci guérit dans plusieurs cas, celle-là conduit toujours à la contracture secondaire et à l'impotence motrice. Tantôt cette impotence est considérable et le sujet condamné, pour la vie, au décubitus horizontal, avec gâtisme précoce ou tardif et toutes les complications que comporte le séjour définitif au lit. Plus souvent, l'impotence reste ou devient incomplète, et dans ces conditions l'hémiplégie est une infirmité supportable. Il est vrai que des complications peuvent la rendre plus sérieuse : il est inutile d'insister sur l'importance de certains phénomènes surajoutés, tels que convulsions partielles ou générales, aphasie, troubles intellectuels.

Les hémiplégies qui ne dépendent pas d'une lésion de déficit, mais bien d'un processus circulatoire, toxique, infectieux ou inhibitif, sont généralement bénignes, transitoires et curables. Quelques-unes comportent cependant un pronostic sévère, telle l'hémiplégie pneumonique des vieillards qui n'est, en vérité, que l'épiphénomène de la toxi-infection.

Il est clair que l'hémiplégie hystérique est beaucoup moins grave que l'hémiplégie organique. Mais il faut savoir qu'elle est souvent rebelle, tenace, récidivante, et qu'elle peut constituer une infirmité prolongée.

Si la cause est accessible à la thérapeutique, comme dans les traumatismes et surtout dans la syphilis, le pronostic peut être bénin, à condition toutefois qu'on puisse prévenir la dégénération secondaire par un traitement précoce et énergique.

**Traitement.** — On peut, dans certains cas, prévenir l'hémiplégie. Si, chez un syphilitique, par exemple, on constate dans un côté du corps des fourmillements ou des secousses convulsives, un traitement spécifique intensif peut empêcher la paralysie de survenir. Une hémiplégie syphilitique, déjà constituée, peut même guérir si elle est attaquée dès l'origine. C'est du reste toujours à la cause que le traitement doit s'adresser, quand celle-ci est accessible à la thérapeutique. L'hystérie et les traumatismes crâniens rentrent dans cette catégorie.

Malheureusement la cause est le plus souvent au-dessus de tous les traitements médicaux ou chirurgicaux. Dans ces conditions, il faut recourir à un traitement palliatif. A cet égard, il importe de distinguer les hémiplégies anciennes des hémiplégies récentes pour les traiter différemment.

Dans l'*hémiplégie récente*, il faut intervenir le plus tôt possible, dès que l'état général du malade le permet, dans le courant de la première semaine, par exemple. On fera lever le malade pour le mettre sur un fauteuil. Sans tarder, il faudra recourir aux massages légers des muscles et aux mouvements passifs des jointures, afin d'éviter les lésions articulaires et périarticulaires et les troubles trophiques tendineux qui entravent les mouvements des articulations.

Il convient, en outre, de veiller à la *rééducation* de la station debout, de la marche et des fonctions du membre supérieur, en un mot, de la motilité volontaire. Tous les jours, deux fois par jour, pendant un quart d'heure, on fera marcher le malade et on l'obligera à se servir de sa main.

Bref, la rééducation systématique et méthodique, la mécano-thérapie doivent



constituer le fondement d'une thérapeutique rationnelle (V. DISCIPLINE PSYCHOMOTRICE).

Faut-il recourir à l'électrothérapie? L'électricité, comme la strychnine, est plus nuisible qu'utile, car elle hâte ou exagère la contracture. Si, dans certains cas, on croit devoir y recourir, il convient d'employer des courants galvaniques de faible intensité, et d'en limiter cet emploi aux cas déjà anciens.

Un médecin allemand, Huchzermeyer, a conseillé l'hydrothérapie sous la forme de bains chauds et salés. Dans l'eau les membres perdent de leur poids, en vertu du principe d'Archimède, et les mouvements se font aisément et sans fatigue, ce qui permet de prolonger la durée des exercices et d'accroître l'étendue de ces mouvements.

Dans l'hémiplégie ancienne, il faut mettre en œuvre les moyens précédents : mouvements passifs, rééducation, massages, bains, auxquels on peut associer de faibles doses d'iodure de potassium. Mais il ne faut pas attendre des résultats brillants de cette thérapeutique palliative, et il est prudent de ne promettre qu'une lente amélioration.

Enfin, si le malade est gâteux ou dément, qu'il s'agisse d'hémiplégie récente ou ancienne, il faut redouter l'apparition d'escarres et d'accidents infectieux, et tâcher de les éviter par des soins de propreté minutieux et réguliers.

A. SOUQUES.

#### HÉMIPLÉGIE SPASMODIQUE INFANTILE. — V. ENCÉPHALOPATHIES INFANTILES.

#### HÉMISPASME. — V. FACIAL ET SPASME.

**HÉMOGLOBINURIE.** — L'hémoglobinurie est caractérisée par la présence de l'hémoglobine en dissolution dans l'urine : on ne trouve pas dans celle-ci, si ce n'est parfois en nombre insignifiant, de globules sanguins.

**Symptomatologie.** — C'est un syndrome clinique dont le type le plus saisissant est connu sous le nom d'hémoglobinurie paroxystique essentielle. C'est cette forme que nous prendrons pour modèle de notre description.

**Hémoglobinurie paroxystique essentielle.** — Souvent héréditaire et familiale, elle atteint surtout l'homme entre 20 et 40 ans. La syphilis secondaire, parfois même la syphilis héréditaire, est fréquemment notée dans les antécédents du malade. L'accès survient presque constamment après un refroidissement, d'où la fréquence du syndrome en hiver. Un surmenage physique, une marche prolongée peuvent faire éclater la crise.

**Accès.** — Elle débute par un frisson violent avec lassitude, rachialgie; la face est pâle, les lèvres cyanosées, le corps paraît froid, en réalité la température est élevée, 39°,5.

On porte le malade au lit, son facies s'anime, la courbature et la lassitude seules persistent. Les urines, d'abord peu abondantes, de couleur caractéristique, augmentent de quantité à mesure que leur teinte s'éclaircit. L'accès se termine souvent par une sudation abondante.

**Variétés d'accès.** — Accès avortés. — On voit survenir des frissons, quelques bâillements, une légère courbature, puis une ou deux mictions d'urines albumineuses non colorées.

**Accès violents.** — S'accompagnent d'urticaire, de purpura, d'œdème aigu de la peau, de gangrènes partielles, de gonflement de la rate et du foie, de teinte subictérique.

**Accès partiels.** — On a pu créer des hémoglobinuries partielles en plongeant un segment de membre dans un mélange réfrigérant (Expérience d'Ehrlich sur le doigt plongé dans un mélange réfrigérant).

**Caractères de l'urine et du sang.** — Les modifications de l'urine sont capitales au cours du syndrome.

Les urines sont couleur vin de Porto ou Xérès, non transparentes, laissant un dépôt brunâtre au repos, dont la couleur est d'autant plus foncée que l'hémoglobine dissoute est en plus grande quantité; de réaction acide, elles possèdent une densité très élevée. On reconnaît la présence de l'hémoglobine par le spectroscope. On peut dans certains cas retrouver de la méthémoglobine, l'hémoglobine s'étant transformée dans l'organisme. Le culot de centrifugation de l'urine montre un dépôt brunâtre contenant de rares hématies très déformées et de nombreux amas granuleux noirâtres, des cylindres, des cristaux d'hématine, d'oxalate. L'albumine est constante; elle peut précéder et survivre à l'hémoglobinurie, en tout cas elle existe toujours pendant la crise; l'élimination chlorurée est diminuée pendant la crise (Courmont).

L'étude du sang pendant la crise montre pour Hayem que la coagulation se fait plus facilement et que le caillot se redissout. Murri admet que les globules rouges sont plus vulnérables. Vaquez a trouvé que la résistance globulaire est alors diminuée; il existe une légère augmentation des globules blancs avec diminution des globules rouges et léger épaissement du réticulum fibrineux. Pour beaucoup d'auteurs, il y aurait dissolution de l'hémoglobine dans le sérum; nous verrons plus loin l'importance de ce fait. Deux jours après la crise, surviendrait une poussée de globules nains et d'hématoblastes.

**Terminaison.** — Rarement l'accès est unique; il se répète ordinairement à plusieurs mois d'intervalle; on peut parfois régler l'expansion des accès d'une façon certaine en soumettant les personnes au froid pendant un temps plus ou moins long.

Le malade, après la crise, conserve un facies pâle, amaigri, une teinte jaune; il a une tendance marquée à la fatigue, à l'essoufflement; l'auscultation du cœur révèle la présence de bruits extra-cardiaques; tous phénomènes dénotant une atteinte profonde de l'économie; lorsque les crises se répètent, il existe une inaptitude presque complète au travail. La durée de la maladie est indéterminée, la guérison peut survenir spontanément. La mort est exceptionnelle; elle peut survenir soit par anurie, soit par asphyxie.

**Variétés étiologiques et cliniques.** — A. L'hémoglobinurie au cours des maladies infectieuses. — On l'a signalée dans la scarlatine, la diphtérie, la variole hémorragique, le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre typhoïde, le tétanos, la pneumonie d'allure grave, la maladie bronzée de Winckel. Mais la plus importante de toutes est l'hémoglobinurie palustre ou fièvre bilieuse hémoglobinurique.

**Fièvre hémoglobinurique.** — Elle se produit en cas d'infection paludéenne grave, mais ne survient ni chez les néopalustres, ni chez les cachectiques paludéens; elle est très rare en France et se rencontre surtout dans les