

(Soc. Méd. des Hôp. 1886) comme un signe important d'urémie ; mais il n'est pas signalé dans les faits que nous analysons. La démonstration de l'urémie serait certainement plus complète, si l'on avait constaté la diminution du chiffre de l'urée dans l'urine et la présence de cette substance dans les matières vomies.

.....

.....

Indépendamment des accidents dont nous venons de rendre compte, et qui lui sont particuliers, la fièvre bilieuse hémogloburique peut encore être accompagnée de tout le cortège des autres manifestations graves de la malaria, il nous suffira de mentionner ces phénomènes déjà connus.

Tantôt, vers le 4^e ou 5^e jour de la maladie, commencent à se dessiner les symptômes typhoïdes, la stupeur, la somnolence, les rêvasseries, le subdélire. Sans que les phénomènes bilieux soient interrompus, l'état typhoïde se prononce de plus en plus, et bientôt les symptômes ataxo-adyamiques : coma et délire, pouls précipité et dicrote, embarras de la respiration, soubresauts de tendons et contractures, sueurs, cyanose, terminent la scène.

D'autres fois la terminaison est amenée par un accès pernicieux algide, ou un accès cérébral délirant, convulsif ou comateux.

Enfin toutes ces formes cliniques peuvent aboutir à cet état d'anémie profonde, avec hypothermie, faiblesse cardiaque, apathie intellectuelle, que nous avons décrit sous le nom d'état adynamique, et qui retarde longtemps la convalescence, s'il ne se termine pas par la mort. »

Je n'ai pas voulu, pour ne pas détruire l'unité de l'article de KELSCH et KIENER, transporter à la place qu'elle devrait occuper sa « forme urémique ». Il est bien certain que, d'après le tableau que j'ai fait des formes cliniques de la malaria, elle aurait dû être décrite dans le grand chapitre des complications immédiates nettement localisées de l'impaludisme aigu.

III^o COMPLICATIONS IMPRÉCISES DE L'IMPALUDISME AIGU.

Fièvres solitaires graves. { Rémittente typhoïde.
Rémittente adynamique.

On désigne sous ce nom des fièvres dans lesquelles « tous les effets toxiques de la malaria sont rassemblés, mais aucun n'y est représenté dans toute sa puissance (KELSCH et KIENER). Ces fièvres se présentent sous deux aspects cliniques, différents plutôt par l'intensité des symptômes que par leur nature. KELSCH et KIENER les décrivent sous les noms de rémittente typhoïde et rémittente adynamique. La seconde, beaucoup plus grave, donne une mortalité de 1 pour 4 ; la rémittente typhoïde de 1 pour 10. Ces formes ne s'observent pas très souvent à Port-au-Prince avec l'intensité décrite plus loin. J'ignore si on les rencontre fréquemment dans les autres villes du littoral d'Haïti. Aussi, suis-je obligé de m'en rapporter aux descriptions de ceux qui ont eu l'occasion de les bien observer et partant de les bien décrire.

Rémittente typhoïde (d'après KELSCH et KIENER).

Dans cette forme, le système nerveux est profondément atteint. Dès le début de la maladie, on note de la tristesse, de l'hébétéude. Le sommeil est troublé, l'accablement parfois très grand (vertiges, défaillances). Ces prodromes peuvent manquer pourtant. La maladie commence comme une fièvre simple ou accompagnée des symptômes gastriques et bilieux. « C'est seulement du troisième au sixième jour que les symptômes typhoïdes se prononcent. La face exprime la stupeur ; le malade isolé du monde extérieur et livré à ses rêvasseries répond lentement et comme à regret ; s'il s'endort, il parle à haute voix ou gémit. Cet état de stupeur et de subdélire est lié d'abord aux paroxysmes fébriles ; il se dissipe ou s'amende pendant les rémissions. Plus tard, le délire devient continu et accompagné d'illusions sensorielles.

Le malade se lève, veut quitter l'hôpital, retourner à ses affaires; parfois le délire est bruyant et se manifeste par des chants et des cris. Mais dans ce désordre intellectuel, on retrouve la suite logique des idées et la conformité des actes aux pensées et aux impressions sensorielles, comme dans le délire ordinaire de la pneumonie ou de la fièvre typhoïde. Cependant la prostration des forces augmente de jour en jour et commence à se marquer dans le domaine de la vie organique.

L'action du cœur s'affaiblit; l'obscurité du son et de la respiration dans les parties déclives de la poitrine indique un certain degré d'hypospase pulmonaire.

La langue se sèche; l'abdomen se météorise; les selles peuvent être involontaires. L'urine haute en couleur, urobilique, est albumineuse dans la majorité des cas et presque constamment dans les cas graves.

A ces symptômes typhoïdes s'en ajoutent d'autres plus caractéristiques. La continuité de la fièvre est, à intervalles irréguliers, interrompue par de brusques et fortes rémissions. Des vomissements bilieux ou des vomituritions douloureuses se reproduisent par moments; les selles bien différentes des matières jaunâtres de la fièvre typhoïde sont fortement colorées et parfois composées de bile presque pure. Un examen microscopique, même rapide, permet le plus souvent de reconnaître la présence de quelques cellules mélanifères dans le sang pris au doigt.

L'ictère persiste et peut augmenter d'intensité. Ordinairement, la coloration des téguments devient de plus en plus terne et sombre, à mesure que l'hypérémie initiale des téguments s'efface et que le pigment noir s'accumule dans les réseaux capillaires. Enfin, il est rare, même s'il s'agit d'une fièvre de première invasion, que le foie et surtout la rate ne soient pas trouvés tuméfiés.

L'attention est souvent attirée sur ces organes par le malade lui-même, qui accuse une douleur sourde à la région splénique ou dans les deux hypochondres.

Lorsque les symptômes ne dépassent pas le degré de gravité dont nous venons de rendre compte, la terminaison

favorable est encore la règle, qu'elle soit spontanée ou obtenue par la médication quinique. La guérison est annoncée, chez quelques malades, par une défervescence franche et rapide, accompagnée de sueurs profuses qui peuvent persister plusieurs jours. Chez d'autres, les symptômes typhoïdes se dissipent, et la fièvre tombe, au sortir d'un sommeil prolongé et réparateur. Chez d'autres encore, la convalescence ne s'établit pas immédiatement; un mouvement fébrile modéré persiste quelques jours après la disparition des accidents typhoïdes.

Dans quelques cas, cependant, l'état typhoïde s'aggrave de plus en plus. La stupeur devient comateuse; un brouillement inintelligible succède au délire bruyant; la respiration s'embarrasse, le pouls devient misérable; et la mort survient au milieu de sueurs profuses, de contractures généralisées, de cyanose de la face, comme dans les fièvres typhoïdes ataxiques

« La rémittente typhoïde peut encore être interrompue brusquement dans son cours par la mort subite ou par quelque accès pernicieux : algide, convulsif, comateux, etc. Mais son évolution ordinaire, lorsqu'elle tend à s'aggraver, consiste dans la transformation des symptômes typhoïdes en un syndrome qui est l'expression la plus grave et la plus caractéristique de la fièvre solitaire, et que nous décrirons sous le nom de rémittente adynamique, à défaut d'une désignation plus compréhensive.

Rémittente adynamique. — « Nous désignons ainsi un état morbide, caractérisé par une dépression de l'innervation psychique, motrice et cardiaque, voisine du coma et de la syncope par une tendance à l'hypothermie, une rapide et profonde déglobulisation du sang, avec leucocytose et mélanémie, presque toujours l'ictère et quelquefois l'hémoglobinurie, enfin un trouble grave de la nutrition prédisposant aux gangrènes.

Ce syndrome a été souvent confondu, soit avec les pernicieuses comateuses ou syncopales (SOURIER et JACQUOT), soit avec la cachexie paludéenne rapide. C'est à ce dernier point de vue qu'il a été envisagé par les deux auteurs qui

en ont donné la description la plus explicite, HASPEL, sous le nom de *fièvre putride et scorbutique*, et L. COLIN, sous le nom de *fièvre subcontinue automnale*.

Mais il diffère de l'accès pernicieux comateux par son développement graduel, sa longue durée, l'incomplète suspension des fonctions cérébrales, la coexistence d'autres symptômes, tels que l'anémie profonde, l'ictère, l'hypothermie, la faiblesse cardiaque, les gangrènes.

On ne peut davantage le confondre avec la cachexie rapide. Car s'il s'établit fréquemment à la suite de fièvres récidivées et conduit à la cachexie, dont il n'est alors que le prélude, on le voit aussi se développer dans le cours d'une fièvre paludéenne de première invasion, et se dissiper dans les limites de temps qu'on peut assigner à une maladie aiguë.

« Dans la majorité des cas, la rémittente adynamique a été précédée d'une série d'accès intermittents ou d'une fièvre rémittente ordinaire. Le malade n'a pas encore quitté l'hôpital ou revient peu de jours après sa sortie; la fièvre a cédé, mais la convalescence n'est pas établie franchement. On voit l'anémie faire des progrès journaliers; le teint devenir sombre et plombé; on remarque aussi quelques changements dans le caractère, de la tristesse, de la concentration, des réponses lentes, la mémoire confuse et le déclin graduel des forces.

Après quelques jours de ces prodromes, un léger mouvement fébrile s'élève, bientôt suivi d'hypothermie, et le malade tombe dans l'état semi-comateux, délirant ou syn-copal, qui se terminera par la mort ou par une longue et pénible convalescence.

Que l'état adynamique se déclare dans le cours d'une fièvre de première invasion ou qu'il ait été préparé par des atteintes de fièvres antérieures, la physionomie en est toujours la même et laisse une impression inoubliable.

« On voit le malade entrer à l'hôpital, soutenu par les personnes qui l'accompagnent, et chancelant comme un homme ivre; le teint est pâle et terreux; les traits immobiles expriment l'apathie profonde, l'absence de pensée.

On obtient avec peine des réponses vagues et insignifiantes; parfois le malade répète machinalement la question qui lui est adressée et qu'il n'a pas comprise, ou bien il rit d'un rire hébété. Couché, il reste plongé dans la somnolence; par moments il se lève, peut-être poussé par le besoin d'uriner, fait en chancelant quelques pas, oublie son dessein ou urine par terre, ne sait retrouver son lit, se couche dans le lit du voisin; les chutes sont fréquentes et peuvent occasionner des contusions graves. Si l'état s'aggrave, le malade est des heures entières sans mouvement, les yeux demi-clos et convulsés en haut ou démesurément ouverts avec un regard vague. On peut encore éveiller son attention, mais on n'obtient plus de réponses, si ce n'est un bredouillement inintelligible. La résolution des membres est complète; la malade ne peut s'asseoir dans son lit; la déglutition est difficile, la vie éteinte, la sensibilité obtuse. Un degré de plus dans l'obscurcissement de la conscience serait le coma.

La température du corps présente, comme dans toute fièvre paludéenne, des périodes fébriles et des intermissions. Mais dans les périodes fébriles, la température axillaire s'élève peu au-dessus du niveau normal et se maintient le plus souvent entre 37°5 et 38°5; et dans les intermissions, qui peuvent être très prolongées, elle tend à s'abaisser bien au-dessous de la normale et oscille entre 35°5 et 37°. D'où il suit que la tendance à l'hypothermie est un des traits fondamentaux de ce grave état morbide. Il s'agit bien d'un abaissement de la température centrale, que le thermomètre accuse dans le rectum aussi bien que sous l'aisselle; il n'y a point, à moins de complication algide, de contraste entre la chaleur centrale et le refroidissement périphérique; les extrémités sont fraîches parce qu'elles sont exsangues, mais non glaciales et cyanosées comme dans l'état algide. Lorsque dans le cours de la rémittente adynamique survient un accès de fièvre fort, il est presque toujours de mauvais pronostic et chargé d'un accident pernicieux: coma, convulsions ou algidité. Si la température fébrile persiste à un degré élevé, elle est tou-

jours l'indice d'une pneumonie qu'il convient de rechercher; cette complication peut d'ailleurs aussi être apyrétique.

La faiblesse de la pulsation cardiaque est plus ou moins prononcée dans tous les cas; parfois on a de la peine à percevoir les bruits du cœur; les lipothymies, les syncopes mortelles sont fréquentes. Les signes de la dilatation des cavités droites peuvent être constatés quelquefois, mais font souvent défaut. Le pouls est faible et petit, souvent inégal et intermittent; la fréquence, comprise entre 80 et 100 pulsations, varie d'un sujet à l'autre; et, chez le même sujet, à différents moments de la journée.

Nous avons déjà mentionné la pâleur des téguments qui apparaît sous le masque ictérique ou terreux; l'ischémie périphérique, résultant à la fois de l'affaiblissement de l'impulsion centrale et de la diminution de la masse du sang, est telle que la piqûre de la pulpe du doigt reste ordinairement exsangue et qu'on obtient difficilement la gouttelette de sang nécessaire pour l'examen microscopique.

La respiration est ordinairement faible et rare; le murmure vésiculaire est affaibli; les parties antérieures des poumons, distendues passivement et comme insufflées, donnent une sonorité exagérée, pendant que les parties déclives présentent la submatité, l'obscurité de la respiration et les râles de l'hypostase. Vers la fin de la vie, la respiration devient quelquefois fréquente et stertoreuse.

A ces symptômes qui témoignent de l'affaiblissement de l'innervation dans ses divers modes, se joignent d'autres non moins imposants qui dépendent directement de l'altération du sang.

Le sang pris au doigt est quelquefois brunâtre ou couleur de sépia, par suite de l'abondance du pigment mélanique, de la forte proportion des leucocytes, et peut-être aussi de la présence de traces de méthémoglobine. Dans d'autres cas, le sang est pâle et séreux, d'où l'on peut déjà induire que ni l'intensité de la mélanémie ni celle de la leucocytose ne donnent la mesure de la gravité de l'état morbide. Le pigment mélanique peut, en effet, disparaître du

sang, bien que l'état adynamique se prolonge avec le même degré de gravité. La leucocytose est également très variable d'intensité, et elle peut faire défaut, même dans des cas mortels.

Ce qui ne manque jamais, c'est l'altération qualitative et numérique des globules rouges. Nous avons presque toujours noté la proportion considérable de globules grands et pâles dont les dimensions peuvent atteindre celles d'un leucocyte.

La diminution progressive et rapide du chiffre des globules peut être suivie de jour en jour, à mesure que l'état du malade s'aggrave; elle peut atteindre un degré comparable à celui qu'on observe à la suite des grandes hémorrhagies.

Si la destruction globulaire n'était pas démontrée par la numération, elle serait attestée par un phénomène que l'on sait être l'indice certain de la dissolution d'une notable quantité d'hémoglobine dans le plasma sanguin, à savoir le passage de cette substance dans l'urine. L'hémoglobinurie est, en effet, assez fréquente dans les rémittentes typhoïdes et adynamiques; mais, ordinairement transitoire et peu abondante, elle passe aisément inaperçue.

Les autres symptômes, dont nous avons montré les relations avec la destruction globulaire font rarement défaut. La tuméfaction de la rate peut être considérée comme constante dans les fièvres graves, et souvent aussi on peut constater l'augmentation du volume du foie. Le changement de volume de ces deux glandes se manifeste par la voussure des hypocondres, l'agrandissement de la matité, la douleur à la percussion et une sensation douloureuse de constriction à la base du thorax. Les évacuations bilieuses, abondantes par les vomissements et les garde-robes, continuent quelquefois jusqu'aux approches de la mort; et nous rappellerons qu'à l'autopsie, nous avons toujours trouvé les conduits biliaires et l'intestin gorgés de bile épaisse et noire. L'ictère est aussi très habituel, plus ou moins prononcé; mais, ordinairement, la superposition des tons jaunes de l'ictère et de ceux du pigment noir accumulé

dans les réseaux capillaires, donne à la peau des colorations sombres, olivâtres ou terreuses. « Toutes ces conséquences de la destruction globulaire sont réunies dans une belle observation (*Traité des maladies des pays chauds*, KELSCH et KIENER, page 480), où l'on verra notamment une forte hémoglobinurie et une tuméfaction douloureuse du foie et de la rate coïncider avec le développement des phénomènes adynamiques, et se dissiper ensuite progressivement, à partir du moment où la gangrène du poumon devient l'affection prédominante.

« La rémittente adynamique peut se terminer par la guérison. Le retour à l'état normal est ordinairement lent et progressif ; parfois cependant le malade sort de sa torpeur intellectuelle assez brusquement à la suite d'un sommeil réparateur ou d'une sueur critique.

La terminaison par la mort a lieu dans un quart des cas. Tantôt elle survient au milieu d'un collapsus hypothermique, avec sueurs profuses et embarras progressif de la respiration ; tantôt elle a lieu brusquement par syncope. Dans d'autres cas, le malade est emporté par des accidents pernicieux, tels que le coma, les convulsions ou l'algidité. Enfin la mort peut être amenée par une complication.

Dans cette déchéance générale des fonctions de la vie organique, l'économie est comme une proie offerte aux maladies infectieuses secondaires, telles que la pneumonie, la parotidite, les anthrax avec infarctus viscéraux, l'érysipèle phlegmoneux, la gangrène de la bouche ou la gangrène du poumon. »

IV° COMPLICATIONS PRÉCISES, LOCALISÉES DE L'IMPALUDISME AIGU.

L'observation rigoureuse des faits, aidée de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, et il faut aussi le dire, certaines conditions spéciales fort avantageuses m'ont permis d'avoir de la malaria certaines conceptions nouvelles

qui jettent, me semble-t-il, une grande clarté dans la pathologie si embrouillée des fièvres intertropicales ; et, si « prétendre établir *dans tous les cas* la détermination rigoureuse des pyrexies dans les pays chauds, est peut-être une chimère, comme le déclare CORRE, *après une longue pratique* », je pense par expérience personnelle l'avoir *cliniquement* bien établi dans un assez grand nombre de cas ; et, si certains confrères des pays chauds mieux outillés et mieux préparés *bactériologiquement* que moi veulent bien s'engager sans parti-pris *d'école* dans la voie nouvelle, je pense que des progrès sérieux pourront être réalisés.

Les modifications que je fais dans la description des formes cliniques de la malaria aiguë portent principalement sur le *tube digestif* et son annexe *le foie*. Aussi, à côté des autres manifestations aiguës de la malaria, en général bien décrites par les auteurs, adopterai-je dans ma relation la division qui va suivre des manifestations gastro-intestinales et hépatiques de la malaria.

Il est impossible en pathologie de faire une classification impeccable. Il est rare en effet que les formes cliniques soient pures, que la maladie borne toute son action à un seul organe. Si ceci est vrai d'une façon générale, combien ne l'est-il pas plus encore, lorsqu'il s'agit de la malaria, dont le champ d'action est si vaste ? Les types que je décris ici sont forcément un peu *schématiques* ; les noms sous lesquels ils sont désignés indiquent simplement la prédominance des symptômes dans tel ou tel organe. On verra dans les observations que je publie plus loin que le type *entéro-entérique* s'allie souvent au type *hépatique* (entéro-hépatique) comme le type néphritique peut s'associer au type hépatique, etc. Au clinicien à surveiller les complications qui, pour être moins évidentes que la manifestation *dominante*, peuvent avoir une certaine influence sur la marche de l'affection et contribuer, si elles sont négligées, à en assombrir le pronostic.

La description que j'ai faite, dans la première partie de mon travail, de certaines affections du foie et de l'intestin, dont l'impaludisme peut revêtir l'aspect clinique, me per-

met de me consacrer dans cette seconde partie plus spécialement à l'étude clinique générale de la malaria et d'exposer, sans de trop longs détails, la manière d'être de cette maladie.

COMPLICATIONS GASTRO-INTESTINALES ET HÉPATIQUES DE LA MALARIA AIGUE.

I ^o Complication gastrique :	<ul style="list-style-type: none"> 1^o Gastralgie (phénomènes congestifs simples). 2^o Embarras gastrique non fébrile. 3^o Embarras gastrique fébrile. 	
II ^o Complication intestinale légère :	<ul style="list-style-type: none"> 1^o Phénomènes congestifs : 2^o Congestion et véritable phlegmasie intestinale donnant lieu au tableau clinique habituel de 	<ul style="list-style-type: none"> Entéralgie. Pentérite vulgaire Pentérite folliculaire la colite simple
III ^o Complication intestinale grave :	<ul style="list-style-type: none"> à la congestion et à la phlegmasie s'ajoutent des ulcérations plus ou moins étendues du petit et du gros intestin. Cette complication rappelle les tableaux cliniques suivants de : 	<ul style="list-style-type: none"> la fièvre typhoïde l'entéro-colite membraneuse la dysenterie du choléra.
IV ^o Complication hépatique légère :	<ul style="list-style-type: none"> simple congestion, rappelant le tableau clinique de 	<ul style="list-style-type: none"> la congestion hépatique l'hépatalgie
V ^o Complication hépatique de moyenne intensité :	<ul style="list-style-type: none"> à la congestion se joint un véritable processus phlegmasique rappelant le tableau clinique de 	<ul style="list-style-type: none"> l'angiocholite l'hépatite légère (forme hépatogénétique.)
VI ^o Complication hépatique grave.	<ul style="list-style-type: none"> La phlegmasie est intense et étendue. Elle aboutit parfois à l'insuffisance hépatique. Dans cette forme, on observe un tableau clinique rappelant : 	<ul style="list-style-type: none"> l'ictère grave la fièvre jaune.

COMPLICATION GASTRIQUE.

A.) EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE.

Dans cette complication le début peut être à grand fracas : grande température (39° à 40°), céphalalgie, courbatures, langue saburrable, large, parfois recouverte sur toute son étendue d'un enduit blanchâtre parfois rouge sur les bords et à la pointe, d'autres fois à peine saburrable. En général, pas de vomissements, pas de diarrhée; ces deux symptômes font leur apparition, *lorsqu'il existe une certaine participation congestive du foie et de l'intestin*; et dans ces cas, les vomissements et la diarrhée affectent les caractères *bilieux*.

La fièvre est un élément constant. Elle peut être précédée de frisson, mais dans cette complication, il faut le dire, le frisson manque le plus souvent. C'est sans doute cette particularité qui lui a fait donner le nom de *fièvre chaude*. Le pouls est plus ou moins rapide suivant le degré de la fièvre. Urines fébriles ordinaires.

Lorsqu'on se trouve en présence de semblables symptômes, il est tout indiqué de faire vomir ou de purger le malade, de lui administrer de la quinine, de le mettre à la diète lactée. Soit que *la nature même* de la maladie l'exige (période originale?), soit qu'il y ait là une influence thérapeutique, voici ce qu'on observe :

La fièvre *tombe* à la normale ou offre une rémission très marquée. L'état saburral persiste. Tout n'est cependant pas fini; le soir, il se produit une nouvelle ascension du thermomètre en général moins marquée que la première fois. Pendant plusieurs jours, la fièvre oscille entre 37° 5 le matin, 38 et 38° 5 le soir. Un ou deux accès plus élevés peuvent se montrer dans le cours de la maladie, cependant que l'état gastrique s'améliore de jour en jour, que la langue, toujours humide, devient de moins en moins saburrable. La fièvre n'évolue plus qu'entre 37° le matin, 37° 5 à 37° 8 le soir, puis tombe *progressivement* à la normale ou au-dessous. On peut trouver sur les lèvres ou à la gorge des vésicules