

Voici l'état de la petite malade ce même jour : apparition de taches rosées lenticulaires assez nombreuses. Les deux fosses iliaques, surtout la droite, sont douloureuses à la pression — Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pas de vomissements. Grand accablement, état marqué de somnolence. — Délire nocturne. L'enfant tousse. Elle expectore un crachat épais, filant et rouillé. Comme signes d'auscultation, pas de râles ; seulement rudesse de la respiration.

L'enfant resta avec l'aspect typhoïde du 9^e au 19^e jour de sa maladie. Le 14^e jour, vomissements assez fréquents. Les phénomènes pulmonaires se sont accentués : on trouve des râles sibilants, ronflants, et des râles de congestion pulmonaire.

La langue a été saburrale pendant toute la durée de la maladie. Le 14^e jour, où la température s'est particulièrement élevée, elle a été sèche et rôtie. Pas de diarrhée, sauf légère, pendant une journée.

Comme on le voit par cette observation, la marche de la maladie est absolument celle de la fièvre typhoïde, sauf la première période — accès intermittents — qui a été franchement caractéristique de la malaria.

Ce sont les cas de ce genre qu'on prend parfois pour des typhoïdes, à début irrégulier : haute température *d'emblée* lorsque la période originale est distante de la période de complication ; ou typhoïde à début de fièvre intermittente, lorsque les accès sont rapprochés de la complication et n'ont pu échapper à l'observateur. Comme on le voit, cette complication entérique de la malaria, ne diffère des précédentes que par la longue durée de la période fébrile et l'intensité plus grande des symptômes généraux.

COMPLICATION COLITIQUE.

Ainsi que le prouvent les deux observations suivantes, les localisations colitiques de moyenne intensité semblent pouvoir évoluer avec une fièvre peu marquée, vespérale, ou même sans fièvre.

1^o OBSERVATION DE M^{me} D.

Madame D. habite un quartier marécageux. Elle a souvent eu à compter avec des accès de fièvre paludéenne. Le 5 Mars, elle fut prise de fièvre : administration de sulfate de quinine. Du 6 au 17 Mars, la malade a échappé à mon observation. Quand je la vis à l'asile français le 17 Mars, je l'ai trouvée pâle, amaigrie, les yeux cerclés de noir. Depuis ce moment, Madame D. n'a la fièvre que le soir, la température oscillant de 38° à 38° 3.

L'examen du foie me revéla une légère augmentation dans le volume de cet organe qui déborde les fausses côtes. La région est très douloureuse. Plusieurs selles par jour : 5 à 6 ; selles franchement bilieuses. Parfois elle a des *envies d'aller*, rend des gaz ; parfois elle rend dans les selles de petites raclures de boyau ; en plusieurs endroits des stries sanguinolentes.

Le 19 Mars, elle n'a pas été à la selle. Le 20, elle a rendu des matières moulées entourées d'une membrane glaireuse. La région du foie est encore douloureuse. Le ventre est également douloureux, mais particulièrement sur le trajet du gros intestin, dans la fosse iliaque gauche. *La langue est rouge, absolument dépouillée de son épithélium.* Sensation de bouche sèche. La malade n'a jamais vomi. Ses urines sont rouges, mais bien moins qu'au début de la maladie. Depuis deux jours (23 Mars), la malade présente d'abondantes transpirations. Elle change plusieurs fois de linge par jour. Les urines sont rares. L'examen des membres inférieurs révèle l'existence d'un *léger œdème* surtout à la partie moyenne du tibia. La malade dort peu. Le matin, elle n'a pas la fièvre, pouls 72. Tous les soirs, depuis le 23, on trouve dans l'aisselle de 37° 5 à 38°. Diarrhée moins fréquente : deux selles par jour, selles jaunes. Il y a encore parfois dans les selles de *petites peaux blanchâtres*, dit la sœur. Le foie a diminué de volume. Il ne déborde plus les fausses côtes où il y a de la sonorité. Il n'est pas douloureux. Ventre toujours douloureux, principalement le long du gros intestin. Peu d'appétit. *Pas de vomissement.* Langue moins rouge. Le 24 Mars, la température dans la soirée : 37° 5. Depuis plus de fièvre : matin et soir 37°. Trois selles bien jaunes, assez claires avec quelques parties mieux formées. Ventre moins douloureux. *Grande faiblesse accusée par la malade.* A la pression, on détermine encore

une certaine douleur surtout dans la fosse iliaque gauche et le long du colon transverse.

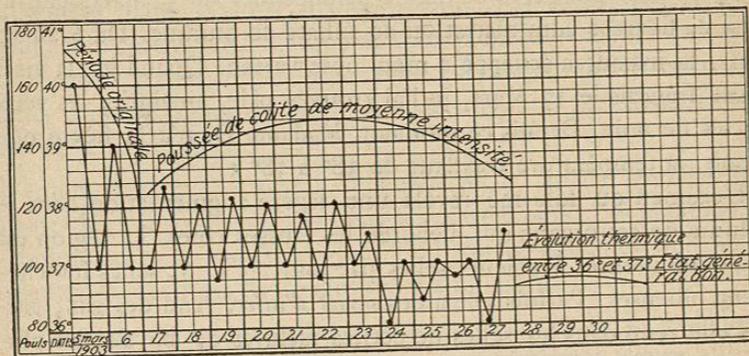


Fig. 12.

27 Mars : Les selles commencent à être moulées. La malade se sent mieux et dit souffrir beaucoup moins du ventre. Il y a encore cependant un peu de douleur le long du gros intestin à la pression. Température n'a pas changé : 37°. Elle a même été de 36° 3 à midi. L'examen des urines donne : traces d'albumine et cellules rondes à bords irréguliers, granuleux, contenant des grains de pigment et en certains points des blocs pigmentaires.

Il est à remarquer que toutes les fois que le foie et les reins sont touchés, les malades se plaignent d'une grande sensation de faiblesse, quelle que soit la complication dominante.

Après quelques jours de convalescence, la malade quitta l'asile et s'en fut contrairement à mon avis habiter Bizon, endroit très marécageux, où elle avait contracté sa fièvre paludéenne. La semaine suivante, elle fut rapidement enlevée par un accès pernicieux.

2° OBSERVATION DE RAOUL A.

Vers le 5 Février, R. A. enfant âgé de 7 ans, est pris d'un accès de fièvre intermittente franche dans la matinée. Il absorbe 50 centigrammes de quinine. La température tombe vers les 6

heures du matin pour recommencer à s'élever vers 8 hs. Administration de 50 centigrammes de quinine. Le second accès s'élève moins que la veille et dure moins longtemps. Il se termine au milieu de sueurs abondantes dans le courant de la nuit. Administration de 50 centg. de quinine. Le 3^e accès ne fait que se dessiner, dure quelques heures et la température revient à la normale. Environ 2 jours après, l'enfant est pris d'une poussée colitique très nette. Il va souvent à la selle, ne rend que de l'eau contenant des débris de muqueuse en grande quantité, puis des glaires et de petites mucosités jaunâtres ressemblant à des mucosités purulentes. Tantôt les mucosités étaient grisâtres, tantôt colorées en vert. Au bout de 3 jours, les phénomènes colitiques semblent s'amender; les selles redeviennent fécaloïdes et diminuent de fréquence. Pas de fièvre pendant cette première période colitique qui a duré environ 8 jours.

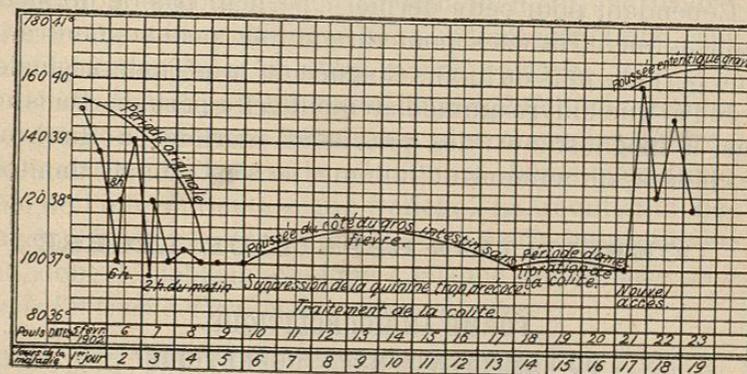


Fig. 13.

COMPLICATION DYSENTÉRIQUE ET CHOLÉRIQUE.

La description que j'ai faite à dessein dans la première partie de ce travail de la dysenterie me dispense de m'étendre sur la symptomatologie de cette complication de la malaria.

Il importe seulement de signaler ici que cette complication peut se montrer soit immédiatement après la période

originale soit à une époque plus ou moins éloignée de cette période. Elle peut être à l'état de pureté surtout lorsqu'elle se montre comme complication hyperémique tardive, aussi qu'on le verra plus loin. Dans les formes aiguës, elle s'allie le plus souvent à la complication entéritique ou à l'entéro-hépatique.

Il est de toute nécessité d'établir de bonne heure le diagnostic étiologique de cette complication, car les moyens thérapeutiques simplement locaux, qu'on emploie dans la dysenterie vulgaire et qui donnent d'assez bons résultats, seront absolument insuffisants, si la *médication quinique* n'est pas en même temps appliquée.

J'ai vu quelques cas où des malades, atteints d'*accidents dysentériques*, chez lesquels cette médication n'avait pas été faite, ont été emportés rapidement par un accès pernicieux. Je ferai la même remarque pour la complication cholérique.

Cependant pour cette dernière, je n'ai pas de données suffisamment exactes pour dire si elle peut se montrer à une période plus ou moins éloignée de la période originale.

Je l'ai vue suivre immédiatement cette période. Dans ce cas, le diagnostic est des plus aisés, surtout en Haïti, où le choléra, de mémoire d'homme, ne s'est jamais montré.

COMPLICATION HÉPATIQUE LÉGÈRE

FORME ANGIOCHOLITIQUE OU RÉMITTENTE HÉPATOGENÉTIQUE.

(Rémittente bilieuse simple des auteurs).

La dénomination d'angiocholitique dont je me sers parfois pour cette complication hépatique de la malaria ne repose pas sur l'anatomie pathologique microscopique. Elle a été ainsi appelée à cause de la similitude de sa courbe thermique avec la courbe de l'angiocholite bilio septique de CHARCOT. Cette forme a été décrite par les auteurs sous la dénomination de rémittente bilieuse légère, mais quelques-uns (ce qui est une cause de confusion) ne l'ont pas suffisamment isolée de la rémittente bilieuse grave, dont, à mon avis,

elle diffère essentiellement au point de vue pathogénique.

Il faut bien se dire que le type angiocholitique (rémittente bilieuse légère des auteurs) est une complication hépatique de la malaria, tandis que la rémittente bilieuse grave ou hémoglobinurique est une *manifestation intense de la malaria* elle-même. L'origine de ces deux types cliniques est donc différente. La rémittente bilieuse légère relève d'un certain degré d'hépatite; la rémittente bilieuse grave dépend d'un *processus destructif des globules extrêmement intense*. Ces deux types n'ont de commun que la rémittence. S'il m'était permis de recourir à une néologie, j'appellerais volontiers la rémittente bilieuse légère, rémittente *hépatogénétique*, et la rémittente bilieuse grave, rémittente *hématogénétique*.

La dénomination de rémittente hépatogénétique conviendrait mieux peut-être que celle de type angiocholitique. Elle indique, en effet, du même coup, la marche clinique de l'affection et l'organe qui, anatomiquement, se trouve intéressé. Le terme de rémittente hématogénétique me paraît également bon, pour les mêmes raisons.

Je décrirai donc la rémittente hépatogénétique comme l'une des complications hépatiques plus ou moins légères de la malaria. J'ai placé la rémittente hématogénétique à côté de l'intermittente aiguë franche. La rémittente hématogénétique n'est, en somme, qu'une fièvre intermittente aiguë, dont le tableau clinique a changé *uniquement par suite de l'intensité d'action de poison palustre*.

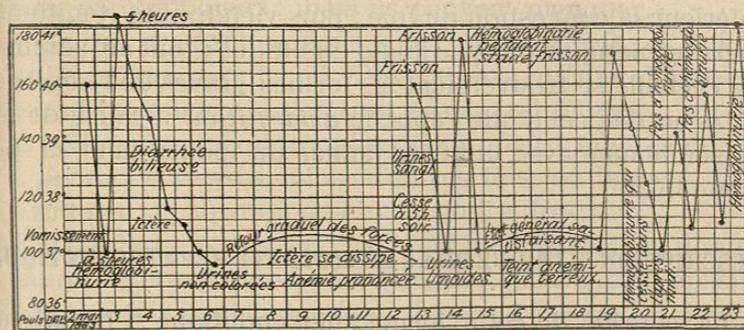


Fig. 14.

Rémittente hématogénétique d'après KELSCH.

Dans l'intermittente aiguë franche, il y a une destruction globulaire modérée; l'hémoglobine mise, en liberté, n'est pas en quantité telle que le foie ne puisse la transformer en pigments biliaires. Dans la rémittente hématogénétique, la destruction globulaire est telle que le foie, malgré une *suractivité fonctionnelle* considérable (ictère hépatogène), n'arrive pas à une élaboration parfaite de l'hémoglobine. Celle-ci reste dans le sang, passe dans les urines (hémoglobinurie), colore les tissus en jaune (ictère hémaphéique), et entraîne une sorte d'obstruction des reins d'intensité variable; d'où possibilité d'hématurie, d'anurie. J'ai longuement insisté sur la question, lorsque j'ai traité de la rémittente hématogénétique (rémittente bilieuse grave des auteurs). Disons néanmoins, pour bien distinguer ces deux formes, que dans la rémittente hépatogénétique, l'ictère peut ne pas exister ou être très intense, suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas résorption biliaire (stase, spasme, tuméfaction de la muqueuse intestinale au niveau de l'ampoule de VATER, etc.); mais qu'on n'observe jamais ni hémoglobinurie, ni hématurie. Dans la rémittente hématogénétique, il y a *toujours* une *coloration ictérique* de la peau (ictère hémaphéique, hépato-hémaphéique, etc.), et les urines sont *toujours* hémaphéiques, hémoglobinuriques. Elles peuvent être hématuriques.

Si j'avais à dresser l'échelle pathologique des complications hépatiques de la malaria, je placerais à l'échelon le plus inférieur la congestion du foie; puis viendrait la rémittente hépatogénétique ou type angio-cholitique; tout au sommet de l'échelle se trouveraient les formes graves de l'hépatite, entre autres, celle que j'appelle *amarylienne* à cause de sa ressemblance avec la fièvre jaune, du moins dans sa période finale.

DESCRIPTION CLINIQUE DE LA RÉMITTENTE HÉPATOGENÉTIQUE.

La courbe de cette forme angiochololitique (rémittente hépatogénétique) est caractérisée par de *grandes oscillations*. Sans un examen attentif et l'annotation précise et fréquente

de la température, la rémission et l'athermie matinales pourraient passer inaperçues et la fièvre *paraître continue*, car l'une et l'autre *peuvent être de très courte durée*.

La forme angiochololitique, rémittente hépatogénétique, peut occuper la scène pathologique du commencement à la fin de la maladie, comme le prouvent les courbes que je publie plus loin; mais elle peut se montrer dans le cours même de la maladie, à la suite de complications entéritiques plus ou moins longues, comme je l'ai signalé plus haut. La forme angio-cholitique n'est pas grave. Aucun des nombreux malades qui en ont été atteints pendant l'épidémie de Port-au-Prince (1902) n'est mort. Cependant elle commande pour la suite un régime alimentaire des plus sérieux pour éviter de nouvelles poussées de fièvre d'origine hépatique et les conséquences qui pourraient en résulter.

Les symptômes de la rémittente hépatogénétique consistent en une fièvre vespérale parfois très élevée, offrant des rémissions matinales plus ou moins marquées (37°6 à 37°7) ou bien encore une athermie complète, comme il vient d'être dit. Parfois au moment de la montée apparaît le frisson.

La langue est saburrale, humide, parfois rouge sur les bords et à la pointe, parfois offrant l'aspect de la langue géographique.

Les nausées et les vomissements existent dans certains cas, parfois bilieux; mais ils peuvent manquer.

Ce qui ne manque pour ainsi dire jamais, ce sont les *selles bilieuses*; celles-ci peuvent être même d'une assez grande fréquence. Elles sont en général fétides.

Le foie est presque toujours volumineux; tantôt il déborde à peine les fausses côtes, d'autres fois, on le sent facilement par la palpation de l'hypocondre droit.

Dans certains cas, les malades n'éprouvent qu'une sensation légère de pesanteur dans la région hépato-épigastrique; parfois une douleur sourde, d'autres fois des douleurs extrêmement vives rappelant par leur intensité les douleurs de la colique hépatique.

La rate est le plus souvent normale comme volume; parfois cependant on la trouve hypertrophiée. Les conjonctives peuvent présenter une teinte subictérique ou ictérique, mais celle-ci peut manquer.

Dans l'épidémie que nous avons eue à Port-au-Prince, l'ictère *cutané*, qui peut exister, a presque toujours fait défaut. Dans l'une de nos observations, il est pourtant noté. Les urines restent claires ou se chargent de pigment biliaire, s'il y a eu résorption. Elles diminuent assez souvent de quantité; chez certains malades, elles offrent les caractères des urines fébriles. Il est à noter souvent des épistaxis et des bouffées de chaleur. L'amaigrissement est notable. Il se produit une dépression des forces peu en rapport avec la gravité de la maladie. Le ventre est souple et indolore dans toute son étendue. L'intelligence conserve toute sa vivacité dans tout le cours de la maladie. Aucun phénomène cérébral n'est à noter. Rien de spécial du côté des autres organes.

La durée de la maladie semble pouvoir varier de 12 à 21 jours. Parfois après la cessation des accès vespéraux et des rémissions matinales *quotidiennes*, plusieurs jours se passent et une ou deux nouvelles ascensions thermiques avec rémissions se produisent de nouveau. J'ai eu lieu de constater le fait chez plusieurs de mes malades pendant le cours de l'épidémie. La reprise dure en général peu et n'offre pas l'intensité de la première atteinte, cependant j'ai vu des cas où elle s'est montrée avec une intensité presque aussi grande que la première poussée.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION E. L.

prise par le Dr. LÉON AUDAIN.

Le 24 Janvier 1902, j'ai été appelé en consultation par mon distingué confrère, le Dr. W. Ménos, auprès d'un malade qu'il soignait depuis nombre de jours d'une fièvre continue (?) J'examinai le

malade que je trouvai amaigri, très affaibli, privé de sommeil depuis le début de sa maladie. La langue est très saburrale, le malade a eu des nausées et des vomissements. Il se plaint de douleurs sourdes dans la région hépatique. J'examine cette région; le foie est très gros, déborde fortement les fausses côtes, d'environ trois travers de doigts. Le lendemain les douleurs sont extrêmement violentes, et éveillent l'idée de colique hépatique, le malade en ayant déjà souffert. Le malade est pris, le surlendemain et les deux ou trois jours suivants, d'épistaxis assez répétées, de poussées congestives de la face, d'une diarrhée bilieuse très marquée, de fièvre surtout élevée le soir. Cependant au bout de quelques jours les phénomènes généraux et locaux s'amendent et le malade guérit. Chose curieuse, ce malade ayant été pris au début de l'épidémie, la complication hépatique fut diagnostiquée, alors que le diagnostic étiologique ne fut posé qu'ultérieurement.

OBSERVATION Dame S...

prise par le Dr. LÉON AUDAIN.

Egalement au début de l'épidémie, alors que l'attention n'était point encore attirée sur la malaria, je fus appelé par Mr. le Dr. Dominique auprès d'une malade, âgée de 65 ans environ, qu'il soignait depuis plusieurs jours d'une *fièvre rémittente*. Voici les symptômes qu'il m'a été donné de relever :

Langue saburrale. Grande sensation de faiblesse. Douleur assez vive dans la région hépatique. Foie volumineux débordant les fausses côtes de trois travers de doigts. Selles bilieuses plusieurs fois par jour. Le tableau clinique était si net que je diagnostiquai, d'accord en cela avec mon confrère, une *angiocholite*.

La cause de cette angiocholite nous échappa à ce moment là, ce n'est que plus tard, en rapprochant les faits observés pendant l'épidémie, que nous fûmes amenés à l'attribuer à la malaria. La malade guérit, du reste, et reprit assez rapidement ses forces.

N. B. On comprend que n'ayant vu ces malades qu'en consultation, je ne puisse tracer la courbe thermique aussi rigoureusement que je le fais pour les cas suivants.