

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.

**COMPLICATION HÉPATIQUE. RÉMITTENTE HÉPATOGENÉTIQUE
OU TYPE ANGIOCHOLITIQUE.**

OBSERVATION. Enfant E. F. sexe féminin, 9 ans.
prise par le Dr. LÉON AUDAIN.

L'enfant a été prise brusquement, le soir du 2 Mars, de céphalalgie et de fièvre. Lorsque je la vis le 3 Mars, à 11 heures du matin, le thermomètre marquait à l'aisselle 39° et la petite malade transpirait. Il y a tout lieu de croire que la température initiale a été d'au moins 40°. Je lui administrai immédiatement un gramme de sulfate de quinine.

Voici quelle a été du 2 au 21 Mars 1902 la marche de la température :

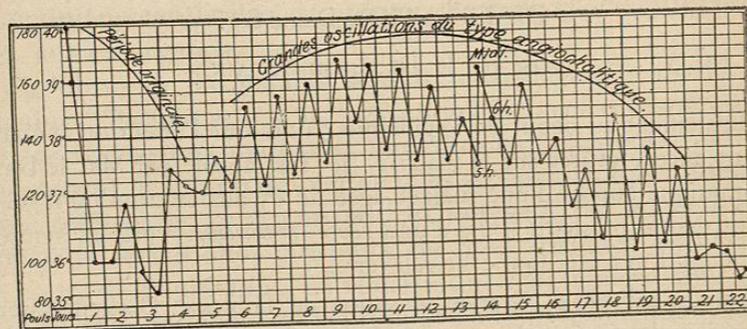


Fig. 15.

La langue, examinée le premier jour, était très saburrale. Elle a conservé ce caractère du 2 Mars au 17. Elle offrait de particulier que l'enduit saburral n'avait pas partout la même épaisseur, si bien que les espaces déprimés offraient à la vue des sortes de dessins rappelant un peu la langue géographique. Dépouillée de son enduit saburral, la langue nous parut un peu plus rouge que normalement. Pas de nausées ni de vomissements. Pas trace de stupeur pendant toute la durée de la maladie. Pas de douleur de ventre, pas de taches rosées lenticulaires.

La rate, examinée le 10 Mars, mesure 3 travers de doigt.

Le foie n'offre rien de particulier. Examinés à plusieurs reprises dans la suite, ces deux organes ne me parurent offrir rien de spécial dans leur volume.

Par contre, l'intestin a été presque constamment en jeu : selles très fétides, offrant de petits grains noirs que malheureusement je n'ai pu voir, mais que la sœur de service m'a dit ne pas croire être du sang ? Selles bilieuses jaunes plusieurs fois par jour. Noté le 18 Mars : « Selles jaunes et verdâtres. Trois selles par jour depuis le 15. Ce matin langue très légèrement saburrale. Lèvres rouges et fendillées. Le 19 selles jaunes, un peu moins liquides que les jours précédents au nombre de deux.

La fonction sudorale a recommencé le 17 Mars. Elle a été modérée jusqu'au 24, où il y a eu une très grande transpiration qui s'est répétée les nuits suivantes. Amaigrissement notable. Déperdition légère des forces. Convalescence très courte.

**FIÈVRE PALUDÉENNE, FORME DITE ANGIOCHOLITIQUE
OU RÉMITTENTE HÉPATOGENÉTIQUE.**

Observation prise par Monsieur le Docteur Victor Boyer.

C. H., du sexe féminin, âgée de 18 ans, a eu une enfance malade ; contracta la coqueluche à l'âge de 2 ans ; a eu la rougeole quelques années plus tard, puis a traversé une longue période sans faire de maladie. Le mardi, 25 mars 1902, elle fut prise de fièvre dans la soirée, sans frisson. Le 28 mars, présenta une hémorrhagie assez abondante par le nez (épistaxis). Le lundi, 31 mars, à la suite d'ingestion d'un peu de vin, la malade eut à 10 heures du soir des vomissements suivis de grands frissons ; à minuit et demi, grande faiblesse. Refroidissement des extrémités. La malade a accusé de grands malaises pendant trois jours successifs. Dès le début de la maladie, j'ai noté une légère augmentation du volume du foie. La région hépatique est légèrement endolorie. La région splénique est très douloureuse. La douleur en ce point s'exaspère pendant les efforts de la toux. Rate augmentée dans ses dimensions : 10 travers de doigt de haut en bas, 3 travers dans le sens

de la largeur. Selles glaireuses; vomissements tantôt muqueux, tantôt bilieux. Le 4 avril, j'ai observé un état très marqué de somnolence qui dura 7 heures: faiblesse générale, pouls rapide, élévation de la température axillaire.

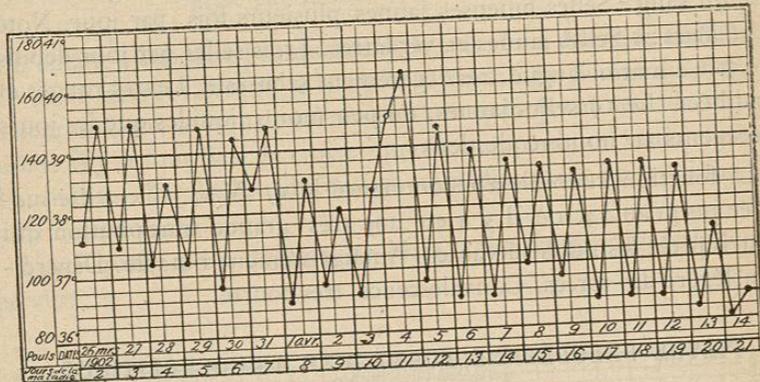


Fig. 16.

J'ai examiné de nouveau la malade le mardi 8 avril. La rate a diminué de quatre travers de doigt dans le sens de sa longueur. La douleur hépatique et splénique a considérablement diminué. Les vomissements ont cessé.

La température est continuellement en baisse. La malade est en voie de guérison.

Le 16 avril, j'examine une troisième fois la rate qui, à la percussion, présente trois travers de doigt. Le foie a également diminué de volume. — Guérison.

FIÈVRE PALUDÉENNE. COMPLICATION HÉPATIQUE TYPE ANGIO-CHOLITIQUE OU RÉMITTENTE HÉPATOGÉNÉTIQUE.

Observation du Dr Léon Audain.

(Enfant E. G. 13 ans).

La maladie a débuté le 9 mars 1902, pour se terminer le 30 mars: soit une durée de 21 jours. La température a été

prise régulièrement toutes les deux heures, nuit et jour, pendant toute la durée de la maladie.

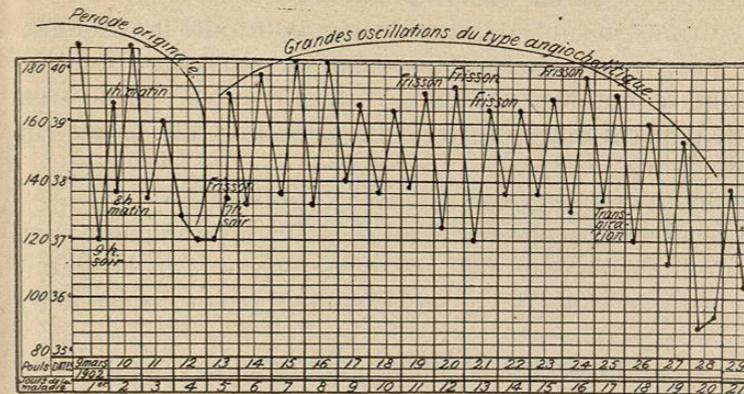


Fig. 17.

Durant toute la maladie, la malade a pris chaque jour 1 gr 50 à 2 grs de quinine par la voie buccale. Ce n'est que 2 ou 3 jours avant la fin que la quinine a été donnée à la dose d'un gramme, puis de 50 centigrammes.

15 bains froids lui ont été administrés.

La malade n'a jamais présenté de stupeur pendant sa maladie; aucune douleur, ni du ventre, ni de la région hépatique, ni de la région splénique.

Du côté de la cavité buccale, un aphte à la face inférieure de la langue, à droite. La langue a été saburrale pendant toute la durée de la maladie, sauf aux bords et à la pointe. Toujours humide.

Pas de nausées ni de vomissements. Pas de trace d'ictère, ni conjonctival, ni cutané. Les selles ont présenté d'abord les caractères suivants: eau jaunâtre avec débris de muqueuses (raclure): fétidité des selles. Puis selles bilieuses à partir du 18 mars. Le 22, on remarque dans ces selles bilieuses des glaires. Le 25, nous avons noté: langue saburrale, cinq selles bilieuses abondantes. Applications de larges cataplasmes sinapisés sur la région hépatique. Le 27, quatre selles bilieuses.

La rate n'a pas augmenté.

Le foie est plus volumineux que normalement : quatre travers de doigt pour enfant de 13 ans.

Les urines se sont maintenues pendant toute la maladie ; le 28 mars, nous les trouvons claires ; quantité : 1 litre. L'enfant a notablement maigri. Il n'y a pas eu de très grande déperdition de force. Une seule fois, elle a eu un peu de délire.

L'alimentation a consisté en lait, bouillon.

La peau a été sèche jusqu'au 17^e jour de la maladie. La transpiration n'a commencé à se montrer que le 17^e jour ; d'abord légère, elle devint abondante à partir du 19^e jour.

RÉMITTENTE HÉPATOGENÉTIQUE.

Observation prise par Monsieur le Docteur Gaston Dalencour.

Mademoiselle A. B., est âgée de 14 ans. Antécédents héréditaires et collatéraux nuls. Antécédents personnels : d'origine haïtienne, naquit à Miragoâne (ville du Sud marécageuse) où la malaria règne à l'état endémique. Mlle A. B. passa cinq ans dans cette ville. A l'âge de 7 ans, elle eut la coqueluche ; à 9 ans, la fièvre paludéenne, forme hématurique (épistaxis, méloëna, etc.), resta alitée pendant deux mois. Le traitement consista alors en administration très irrégulière de sulfate de quinine (de 4 à 8 grains par jour) et décoction de feuilles amères du pays. Depuis cette époque (1897), Mlle A. B. ne cessa d'accuser de légers mouvements fébriles accompagnés de sensation de froid. La fièvre tombait généralement après une abondante transpiration ; parfois au milieu de sueurs profuses. Mlle A. B. habite chemin Ducoste.

Le 27 janvier de cette année, elle est prise brusquement de fièvre. Le 31 à 6 heures du soir, elle fait appeler le médecin. J'observe à ce moment les symptômes d'un embarras gastrique accompagné de fièvre à 40°2 ; la rate a sensiblement augmenté. Rien de spécial dans la région hépatique.

La température a été prise régulièrement pendant toute

la maladie toutes les deux heures, nuit et jour, sauf le 6^e jour. En recherchant les maxima du soir et les minima du matin selon les indications du Dr LÉON AUDAIN, notre maître, nous obtenons la courbe suivante qui représente fidèlement la marche de la température.

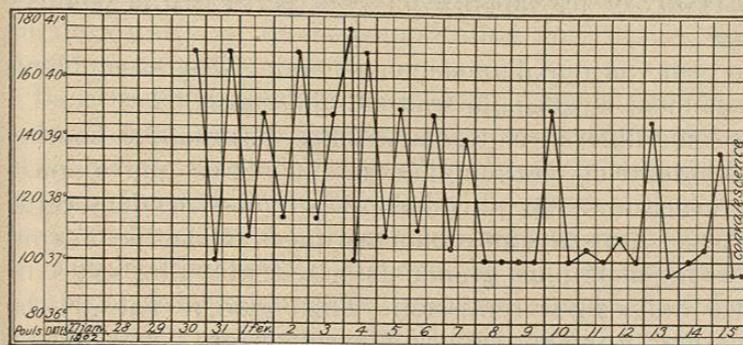


Fig. 18.

Au 8^e jour, c'est-à-dire le 3 février, la malade accuse une sensation de douleur à la région du foie. A la palpation je trouve une augmentation du volume de cet organe de 3 à 4 travers de doigt. Les conjonctives présentent une teinte ictérique bien nette ; la même coloration jaunâtre se retrouve encore plus accusée du côté de la paume des mains et de la plante des pieds. Les selles sont diarrhéiques, bilieuses, d'odeur fétide ; les urines moins abondantes sont plus denses et de coloration jaunâtre.

La fièvre disparut le 9^e jour de la maladie pour prendre le type intermittent tierce, également combattu par la quinine. Mademoiselle A. B. présenta pendant sa maladie, de légères convulsions que j'attribuai aux vers intestinaux.

Vers le 15^e jour, la convalescence a commencé. Mlle A. B. ne souffre plus ; elle est encore très faible ; la maladie l'a profondément anémiée.

LECTURE ET INTERPRÉTATIONS
DE DEUX COURBES THERMIQUES

Je trouve dans le traité de ROUX (Maladies des pays chauds) deux courbes de fièvre rémittente d'après KELSCH. Elles se rapprochent beaucoup de ce qu'il m'a été donné d'observer. Je les rapporte ici pour permettre la comparaison.

On peut voir que, d'une façon générale, elles ressemblent énormément à celles qui sont indiquées plus haut.

La seule différence qui existe entre la première courbe de rémittente de KELSCH et les miennes, c'est que la poussée vespérale a été plus forte. Les rémissions dans cette courbe de KELSCH sont moins marquées. Ce fait peut tenir soit à l'intensité plus grande de cette rémittente, soit à la courte durée de la rémission. Ainsi que je l'ai dit, la rémission et même l'athermie peuvent être de si courte durée qu'elles passent inaperçues, si on n'a soin de noter la température toutes les heures.

Quoi qu'il en soit, les *grandes oscillations* sont caractéristiques de cette complication hépatique (rémittente hépatogénétique).

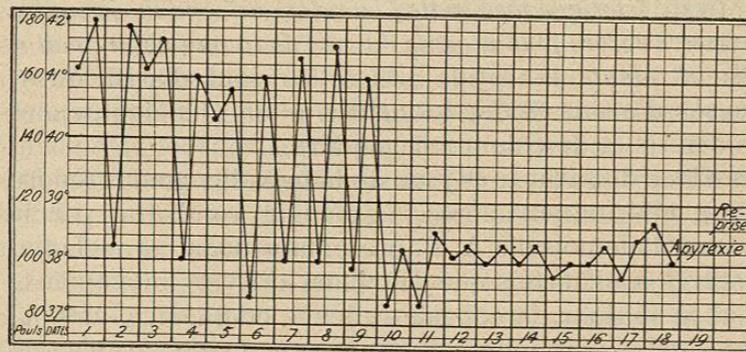


Fig. 19.

Après cette période de grandes oscillations, nous voyons dans la figure une période de 6 jours, pendant laquelle

la fièvre, bien que faible, a été continue. Si les minimum du matin pouvaient être garantis rigoureusement exacts par une annotation très fréquente de la température, il faudrait, à mon avis, lire qu'à cette période de la maladie, il y a eu soit une complication gastrique soit une complication entéritique légère; car, ainsi qu'on peut le voir par les courbes que j'ai publiées, la *continuité de la fièvre* est un des caractères de la complication entéritique, légère moyenne ou grave.

Dans la deuxième courbe de KELSCH, fig. 20 (rémittente bilieuse simple) que j'appelle pour les raisons données plus haut rémittente hépatogénétique, on constate pendant la première période de la maladie, de grandes oscillations jusqu'au 13^e jour. A ce moment la fièvre reste continue (4 jours) et très élevée. Il faut dans ce cas lire: 1^{re} période: complication hépatique légère (rémittente hépatogénétique); 2^{me} période, complication entéritique grave avortée.

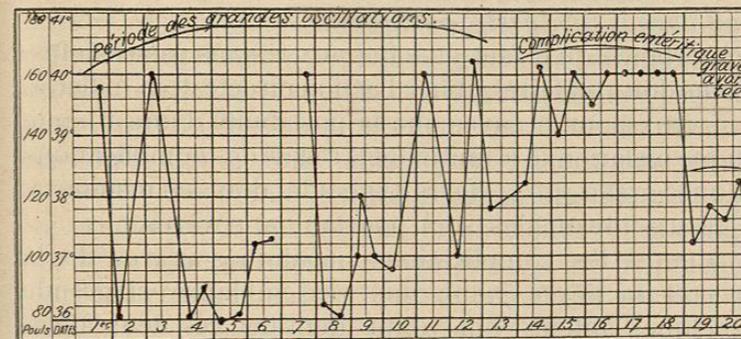


Fig. 20.

COMPLICATION HÉPATIQUE GRAVE
DE LA MALARIA.

DESCRIPTION CLINIQUE.

Sous cette dénomination, il faut ranger tous les cas où la cellule hépatique est gravement atteinte. Cette atteinte de