

jour après début de la maladie, de vomissements muqueux. Appelé en toute hâte et craignant un redoublement de fièvre, j'injectai sous la peau 0 gr 40 centigs de chlorhydrate neutre de quinine — (je dois observer que notre petit malade souffrait d'une façon intermittente de légères coliques pendant toute la période d'apyrexie).

Potion calmante. Néanmoins les vomissements ont continué toute la nuit. Ils ont changé d'aspect et sont devenus porracés. Le lendemain matin, le petit malade est pâle, très fatigué; les vomissements ont recommencé vers les 10 hrs du matin. Vomissements cessent après médication. Journée et nuit assez bonnes

Les vomissements ont recommencé le lendemain de grand matin et se répètent toutes les dix minutes. Ces vomissements sont noirs. Vu la gravité du cas, je demande à la famille une consultation. Le Dr LÉON AUDAIN, appelé en consultation, partagea entièrement ma façon de faire. Nous prescrivîmes immédiatement du champagne glacé, de la potion de RIVIÈRE, etc. Persistance des vomissements noirs, toutes les cinq minutes. — Le corps est couvert de grands placards rouges. *Chaque fois que ces placards disparaissent*, les vomissements se montrent plus intenses et le malade est plus indisposé, et *vice versa*. Température 36° 8. Vomissements ont cessé dans la soirée. Nuit très agitée, délire, crises légères, température atteint 38° 8. Vomissement et mort à 6 heures du matin.

COMPLICATIONS CÉRÉBRALES.

Les manifestations cérébrales de la fièvre paludéenne ont des symptômes communs caractérisés par le coma, le délire, les convulsions et les paralysies. Elles sont décrites sous les noms d'accès comateux, délirants, convulsifs, etc.; suivant la prédominance d'un de ces troubles cérébraux. Il semble donc que ces troubles divers dépendent d'une même condition pathogénique. Loin de les décrire séparément, il est préférable de fixer les circonstances au milieu desquelles se déclare l'accès.

Les accidents cérébraux éclatent parfois brusquement sans précédents palustres *immédiats*. On a noté dans certains cas, comme cause déterminante l'insolation, l'alcoolisme, etc. En général, ils viennent assombrir le pronostic d'une fièvre intermittente, en apparence légère ou se surajoutent aux symptômes déjà graves d'une fièvre solitaire, rémittente ou adynamique.

Accès pernicieux avec insolation . . .

Coma, délire, violente céphalalgie. Parfois de violentes convulsions ouvrent la scène et font place à un délire furieux, suivi d'un coma profond, fièvre 39° 8, 40°, 40° 5; pouls dur et vibrant, peau sèche et brûlante; céphalalgie intense. On observe parfois après quelques heures d'abondantes sueurs qui deviennent froides; faiblesse excessive, lipothymie.

Accès cérébral dans le cours d'une fièvre intermittente

Dans le cours d'une fièvre en apparence insignifiante, on voit apparaître de grands frissons prolongés, des sueurs abondantes, une céphalalgie intense, de la somnolence, de la prostration ou un délire passage.

On note de la tristesse, de l'hébétéude, de l'abattement. Physionomie et attitude désespérées. La température atteint 40°. Le malade prononce des mots incohérents, il a de la stupeur. Coma et mort.

Parfois tous ces symptômes alarmants disparaissent. Le malade recouvre lentement ses forces, la fièvre tombe. Retour à la santé très pénible.

Parfois c'est le délire qui domine la scène.

Le délire est furieux, incohérent. Tantôt le malade rit, tantôt il pleure ou chante. La température atteint 39°, 40°. La peau est sèche, brûlante; face congestionnée, le pouls est fréquent. De légères convulsions agitent le malade. On note l'existence d'une pneumonie.

Parfois le délire est moins bruyant. Le malade est sans fièvre ou n'a que peu de fièvre. Il a des hallucinations se rapportant à des idées de grandeur, de religion, de persécution. Il ne peut pas dormir. Son visage tantôt est calme, tantôt il exprime de la méfiance ou de la crainte, tantôt il est animé.

Cet état dure un temps plus ou moins long pendant lequel le malade revient lentement à la santé. Tous les désordres psychiques disparaissent.

On a noté dans quelques cas, surtout à la suite des accès où les convulsions cloniques et les contractures des muscles de la face, des membres supérieurs ou inférieurs ont été associées au délire et au coma la persistance de certains troubles psychiques.

Des paralysies ont été également observées.

Dans le cours d'une fièvre rémittente grave, les manifestations cérébrales de la fièvre paludéenne ont une physiologie moins sévère. La température oscille entre 37°8 et 39°. Dans bien des cas, elle ne s'élève pas au-delà de 38°.

On retrouve les mêmes symptômes que ceux de l'accès cérébral isolé. Les accès ne sont pas de longue durée en général, mais ils se succèdent à intervalles assez courts, parfois dans une même journée on compte deux, trois et même davantage. Cet état dure plusieurs semaines pendant lesquelles à chaque moment la vie du malade est en danger; c'est une lente et pénible agonie.

Forme méningitique. — La forme méningitique est bien connue. J'ai eu l'occasion d'en voir un très beau cas. Un jeune homme, élève des Frères de St-Louis de Gon-

ZAGUE, de bonne conduite habituelle, se sauve un jour de l'établissement et revient trois quarts d'heure après, semblant ignorer absolument ce qui s'était passé. S'étant plaint d'un fort mal de tête, on fait venir son médecin qui constate de la fièvre. Celle-ci tombe et d'autres accès se montrent accompagnés de délire et de crises nerveuses.

On l'amène chez moi. Je le trouve sans fièvre et très calme. Le lendemain de son arrivée, un accès se produit. La fièvre monte à 40°3, dure deux jours pleins avec manifestations méningitiques des mieux marquées (contractures, strabisme, photophobie, céphalée, constipation, vomissements, crises nerveuses). Le 3^e jour la fièvre tombe.

Le lendemain, nouvel accès très violent, identique au premier comme durée. Chute après deux jours. En présence de cette intermittence franche, le Dr DESTOUCHES et moi, instituons le traitement quinquique. Le malade guérit. Quinze jours après, il fait deux nouveaux accès avec complication gastrique d'assez courte durée que je jugule par la quinine et l'administration d'un purgatif.

DE LA DIARRHÉE BILIEUSE DANS LES COMPLICATIONS DE LA MALARIA.

Comment expliquer ces diarrhées bilieuses parfois si tenaces qu'on observe si souvent dans les complications de la malaria?

KELSCH et KIENER disent à la page 579 de leur traité « La diarrhée est mentionnée dans beaucoup de nos observations. Elle survient dans l'intervalle des paroxysmes ou pendant les accès et surtout au moment de la défervescence. Dans le premier cas, elle peut être rapportée à la phlegmasie chronique de la muqueuse intestinale, dans le deuxième, elle est vraisemblablement le résultat des décharges bilieuses qui s'effectuent vers l'intestin.

Souvent ces selles sont à la fois bilieuses et sanglantes: nous sommes obligés de laisser indéfinie la question de savoir si c'est le sang en nature qui traverse les vaisseaux altérés de la muqueuse, ou s'il n'y a point par moment une véri-

table exsudation hémoglobinique à la surface de l'intestin. »

On a vu, d'après l'étude que j'ai faite des formes aiguës, que les hémorragies, suivant leur époque d'apparition peuvent être rattachées soit à l'intensité de la congestion intestinale (ou peut-être à l'exsudation hémoglobinique de KELSCH et KIENER), soit à l'ulcération intestinale produite à la chute des eschares folliculaires ou des plaques de PEYER, soit de toute autre partie du gros intestin, soit enfin aux modifications spéciales du sang dans les cas de complications hépatiques graves. Pour les formes chroniques, j'ai plutôt tendance à penser qu'elles sont sous la dépendance d'ulcérations intestinales comme cela se passe dans la dysenterie.

Quant à la diarrhée bilieuse qu'on note, surtout quand l'entérite est plus spécialement localisée à l'intestin grêle et qui se montre avec les hémorragies lorsqu'il existe une lésion siégeant sur le petit et le gros intestin, sa pathogénie me semble devoir être rapportée à la phlegmasie intestinale plutôt qu'à toute autre cause. Les décharges bilieuses du foie peuvent se faire sans que le foie n'ait absolument aucune altération. Pour expliquer la physiologie pathologique de ces décharges bilieuses, il faut se rappeler ce qui se produit pendant le fonctionnement normal des organes. On sait que lorsque le chyme pénètre dans l'intestin grêle, il détermine une certaine congestion de la muqueuse intestinale et qu'une décharge bilieuse a lieu à ce moment. Toutes les fois qu'une congestion de l'intestin grêle a lieu, qu'elle soit physiologique ou pathologique, le foie par action réflexe lancera dans le duodénum la bile accumulée dans la vésicule biliaire.

Dans l'entérite aiguë ou chronique produite par la malaria, la phlegmasie de cette portion de l'intestin, agissant d'une façon analogue à la congestion physiologique, amène par une sorte d'erreur hépatique des décharges bilieuses plus ou moins répétées. Cette remarque a son prix, car elle permet dans les formes aiguës de ne pas incriminer immédiatement le foie.

La marche de la température et l'évolution ultérieure de

l'affection sont seules capables de vous faire connaître le siège précis de la complication.

HYPÉRÉMIES PHLEGMASIQUES PLUS OU MOINS TARDIVES.

Dans ma classification des formes de l'impaludisme, j'ai réservé une place aux hyperémies phlegmasiques plus ou moins tardives. Il n'est pas dans mon intention d'aborder dans ce livre l'étude de l'impaludisme chronique, du reste fort bien exposée dans les différents traités de pathologie.

La seule partie sur laquelle je veuille attirer l'attention est celle qui concerne le tube digestif. Elle est à ce point négligée qu'on est tenté de dire qu'elle a été méconnue : cette notion étiologique de nombre d'affections gastro-intestinales plus ou moins chroniques des pays chauds semble n'avoir point frappé l'esprit des observateurs.

La même classification s'impose ici que j'ai donnée pour les manifestations aiguës. C'est ainsi que certains cas d'embarras gastrique, d'entérite chronique plus ou moins grave, d'entéro-colite simple, muco-membraneuse, dysentérique ou cholérique ont pour cause immédiate, l'impaludisme.

Ces manifestations gastro-intestinales de la malaria prennent naissance de deux façons ; ou bien, elles se montrent comme complication d'une forme larvée d'impaludisme ; ou bien, elles se déclarent à une époque plus ou moins éloignée d'un accès de fièvre parfois insignifiante comme élévation thermique, comme durée et comme réaction générale. On comprend aisément la facilité avec laquelle la notion étiologique échappe, si l'attention n'est pas spécialement attirée sur ce point.

J'ai soigné une femme atteinte depuis plusieurs années d'une entérite chronique qui avait résisté à toutes les médications. Cette malade, après un séjour d'un an en France où elle avait été soignée pour *diarrhée nerveuse*, était revenue en Haïti avec sa diarrhée. Je lui conseillai de prendre chaque matin un cachet de quinine de 50 centgs. Au bout de quinze jours, je constatai une amélioration

considérable. Elle continua la médication suivant la méthode de TREILLE et fut débarrassée de son mal. Il s'agissait sans aucun doute dans ce cas d'une forme d'impaludisme larvée, car cette malade n'attira jamais l'esprit des médecins qui l'ont soignée sur l'existence de fièvres antérieures.

Les auto-observations médicales offrent toujours un intérêt assez grand, parce que le médecin qui s'observe, saisit mieux que ne sauraient le faire les autres malades les nuances pathologiques. J'ai contracté, il y a deux ans, la fièvre paludéenne au Cap-Haïtien. Le premier accès fut d'une violence assez grande : complication gastrique d'une durée de deux mois. A cause de certains inconvénients que j'éprouve de l'absorption de la quinine, je ne pus jamais suivre un traitement très rigoureux. Aussi de temps à autre, suis-je en butte aux méfaits de l'impaludisme. Les accès sont en général de courte durée. Ils débutent le matin vers 9 heures sans frisson ; la fièvre monte à 38° 5, 39° au maximum. J'éprouve des courbatures généralisées ; la soif est vive ; la peau sèche. Cet état dure jusqu'à 10 h, 1/2 du soir ; à ce moment la transpiration commence et la fièvre tombe à minuit. Un de ces accès se montra le 21 juillet 1903. Je pris un gramme de quinine. La fièvre tombée ne reparut pas ; je continuai de prendre un gramme de quinine chaque soir jusqu'au 25 et me mis au régime lacté pour combattre un état gastrique assez marqué que j'observai. Dès le 25, l'appétit revient ; je suis un régime prudent jusqu'au 31. Les intestins fonctionnent bien, ont toujours bien fonctionné même pendant la période gastrique si marquée.

M'attendant à quelque complication ultérieure possible, j'observais les événements. Voici ce que je notai. Alors que la langue commençait à être belle, je fus pris le 31 juillet de *diarrhée bilieuse*, quatre à cinq selles dans la journée avec coliques intestinales. Vers 7 heures du soir, je sens de nouveau un peu de courbature et la température s'élève à 37° 5. Vers 11 heures, sueurs, peau fraîche, pouls régulier et normal.

Le premier août dans la journée, trois selles jaune-

verdâtres, *légèrement glaireuses*, liquides ; masses surnageant ressemblant à de l'*épithélium desquamé*.

Quelques coliques dans l'intervalle des selles, mais surtout à leur occasion. Ventre douloureux à la pression dans la région sous-ombilicale et le long du transverse. *Langue assez belle*, un peu saburrale vers le fond seulement. Une selle à 8 h. du soir. Eau brune assez abondante tenant en suspension des parcelles de matières fécales en voie de formation. Aucune odeur.

Le 2 août, 6 h. matin, une selle bilieuse, jaune avec matières fécales délayées. Odeur sûre. Légères coliques pendant les selles et un moment après. La nuit du 2 au 3 a été assez bonne. Etat général bon.

Le 3, entre 6 et 8 h. du matin, 3 accès de coliques ; à 8 h., selle séro-bilieuse assez abondante, jaune-brun sans colique. Pendant la journée, trois selles très jaunes, abondantes sans colique. Odeur sûre, non fécaloïde. Glaires assez abondantes ; surface spumeuse ; liquide épais.

A partir du 4 août, une seule selle diarrhéique par jour pendant trois ou quatre jours, puis guérison apparente.

Le 18 août, à la suite d'une opération qui m'avait un peu fatigué (hystérectomie abdominale subtotale pour fibromes), j'ai eu une selle diarrhéique, de la courbature, de la sécheresse de la peau. La température monta à 37° 6. J'eus dans l'après-midi deux autres selles diarrhéiques bilieuses, de la céphalalgie, une grande lassitude. A 10 h., la température commence et à 11 h. elle revient à la normale. Le lendemain, j'eus encore deux selles diarrhéiques bilieuses sans colique.

Je me suis mis *uniquement* à l'usage du vin de quinquina. Quelques jours après, tout était rentré dans l'ordre.

Remarque.

Voilà un cas bien net d'entérite légère avec diarrhée bilieuse, qui se manifesta exactement 10 jours après une poussée très légère de fièvre paludéenne chez un paludéen. Il est certain que si je n'avais été prévenu de la possibilité de cette manifestation, j'aurais eu tendance à

l'attribuer à toute autre cause qu'à l'impaludisme et c'est certainement ce qui doit arriver le plus souvent.

Il importe au plus haut point dans l'intérêt des malades qu'on est appelé à soigner d'avoir toujours les yeux ouverts sur la possibilité des *manifestations gastro-intestinales tardives* de la malaria dans les centres où cette affection est endémique. Nombre de ces affections qu'on désigne sous le nom de *diarrhée des pays chauds* lui sont sans doute attribuables.

On a vu dans l'étude que j'ai faite de la malaria aiguë que j'ai décrit une forme dysentérique compliquant cette affection. Peut-elle se montrer comme conséquence plus ou moins tardive d'un accès paludéen ? Evidemment oui, tout comme l'entérite simple, tout comme la colite pseudo-membraneuse. Aussi, toutes les fois que dans un pays à malaria, on se trouvera en présence d'un dysentérique, il faudra toujours penser à cette affection comme cause de la dysenterie, de même aussi, lorsqu'on aura affaire à des manifestations cholériformes bactériologiquement mal définies. J'ai assez longuement discuté la pathogénie de ces affections pour n'avoir plus à y revenir.

J'ai lu dans la *Revista medico-pharmaceutica* de San-Salvador un article très intéressant : *Etiologia y tratamiento de la disenteria* sous la signature du Dr SALOMON MELENDEZ (janv. et févr. 1903). L'auteur semble mettre en doute l'existence de la dysenterie comme entité morbide, la rattache à l'impaludisme de même que ses complications hépatiques. Je n'irai pas aussi loin. Il se peut, après tout, que la dysenterie existe comme affection originale : aucune lésion n'est pathognomonique d'une affection quelconque ; je crois l'avoir suffisamment démontré, mais je partage entièrement son avis au sujet des relations étroites qui, dans les pays chauds, existent souvent entre la dysenterie et la malaria. Si j'ai fait dans cet ouvrage une description si longue de la dysenterie, c'est qu'à mon avis, on ne saurait cliniquement distinguer la dysenterie dépendant de la malaria de celle qui relève d'une autre cause

CHAPITRE X.

TRAITEMENT.

Je ne m'occuperai dans ce chapitre que de la congestion hépatique, de la fièvre jaune et de l'impaludisme aigu, n'ayant décrit les autres chapitres, comme je l'ai dit dans l'introduction, que pour faciliter la compréhension de ces deux importantes maladies des pays chauds et pour familiariser progressivement le lecteur avec leur mode d'évolution, leur aspect clinique, anatomo-pathologique et pathogénique.

On trouvera à la suite du traitement de la congestion hépatique, à propos de l'hygiène et de la prophylaxie des *non acclimatés aux pays chauds*, certaines considérations qui ne me semblent pas sans intérêt.

TRAITEMENT DE LA CONGESTION HÉPATIQUE.

S'il est vrai que certains moyens généraux sont applicables à toute congestion active du foie : purgations répétées, saignées, révulsions, il n'en est pas moins d'une exactitude rigoureusement vraie de dire qu'aucun traitement ne saurait être bon et scientifique, si on n'a eu soin de bien déterminer tout d'abord la cause de la congestion hépatique. Mais s'il est bon de *combattre*, il est encore mieux de *prévenir* ; et la connaissance des moyens propres à éviter les congestions hépatiques, l'hygiène du foie dans les pays chauds, constituera un excellent traitement prophylactique.

Dans les pays chauds, où *l'on brûle moins*, n'ayant pas à lutter contre le froid extérieur, tout excès de table, toute intempérance alcoolique est une source de danger.

La sobriété devrait y être élevée à la hauteur d'un principe.