

Griesinger avait déjà noté que les maladies mentales peuvent être apparentes à la suite du paludisme.

L'asphyxie locale des extrémités et la gangrène ont été signalées par un certain nombre d'auteurs à la suite du paludisme.

Les gangrènes palustres proprement dites sont très rares. Moty a publié un cas de gangrènes multiples; il en attribue la genèse à des infarctus formés par des leucocytes mélanifères; les hématozoaires peuvent aussi, d'après Laveran, déterminer des oblitérations vasculaires.

**Formes combinées ou compliquées (anciennes proportionnées).** — La juxtaposition du paludisme à d'autres maladies infectieuses chez le même individu a été une cause d'obscurité dans l'histoire clinique de la malaria. Nos prédécesseurs voyaient volontiers la transformation des maladies les unes dans les autres là où il n'y avait qu'association de divers processus morbides. De même que la vaccine peut évoluer concurremment à la variole chez le même individu, de même le paludisme peut s'associer au typhus, à la dysenterie, au choléra, au scorbut, à la fièvre jaune, à la fièvre typhoïde, peut-être à la pneumonie vulgaire, suivant la constitution médicale du temps et du lieu. La *fièvre de Hongrie* qui, pendant les luttes séculaires soutenues par la maison d'Autriche contre les Turcs, décima si souvent les troupes impériales dans la vallée du Danube, et exerça la sagacité de tous les médecins de l'époque, en raison de sa symptomatologie bizarre, n'était vraisemblablement qu'une combinaison de paludisme et de typhus<sup>(1)</sup>. Plus près de nous, pendant la guerre de Crimée, nos médecins militaires ont pu voir la dysenterie, le scorbut, le typhus, le choléra associés aux fièvres palustres, pour donner lieu à des processus très complexes.

Dans ces combinaisons morbides, les deux maladies peuvent être unies pendant toute la durée, ou être indépendantes à leur début et à leur terminaison et se confondre pendant une partie seulement de leur évolution, ou enfin être complètement disjointes: l'une marche sur les pas de l'autre et se développe sur le terrain préparé par la première (Kelsch et Kiener). L'une peut être considérée comme complication de l'autre.

Ce sont ces associations morbides qui constituaient les fièvres *proportionnées* de Torti. Elles ont causé bien des erreurs; elles ont fait croire, par exemple, à certains auteurs, que la dysenterie, l'abcès du foie des pays chauds et le paludisme reconnaissent la même origine. Ces combinaisons morbides ne nous étonnent plus aujourd'hui que nous sommes bien familiarisés avec la connaissance des associations microbiennes au cours des maladies infectieuses. Les formes proportionnées sont donc mieux appelées formes *combinées*, pour employer un langage plus moderne; aussi proposons-nous cette nouvelle dénomination.

**TYPHO-MALARIENNE.** — L'association du paludisme et de la fièvre typhoïde a surtout occupé les observateurs. Les uns ont considéré la typho-malarienne comme maladie simple et l'ont décrite, soit comme une modalité spéciale de la fièvre typhoïde (Borelli), soit comme une forme grave de la fièvre paludéenne (Obédénare), ou comme une entité morbide distincte (Mauser). Certains ont été jusqu'à dire que la fièvre typhoïde pouvait engendrer le paludisme.

<sup>(1)</sup> KELSCH et KIENER, *loc. cit.*, p. 370.

La typho-malarienne doit être considérée aujourd'hui comme une infection combinée résultant du développement simultané chez le même individu de deux infections, l'une due à l'hématozoaire de Laveran, et l'autre au bacille d'Éberth. L'une des deux maladies peut préparer le terrain à l'autre; l'une peut même momentanément faire disparaître l'autre. M. Laveran rapporte, à ce sujet, dans son *Traité des fièvres palustres*, plusieurs observations de fièvre typho-malarienne. Chez ses malades, l'hématozoaire avait disparu en même temps que la fièvre typhoïde, pour reparaitre ensuite<sup>(1)</sup>.

Le séro-diagnostic nous permettra désormais de reconnaître facilement la fièvre typhoïde, dans ses infections combinées.

**PALUDISME ET DYSENTERIE.** — La dysenterie est très commune dans les pays où règne le paludisme, ainsi s'explique la coïncidence fréquente des deux maladies sur le même individu. Chacune des deux affections, en affaiblissant l'organisme, constitue une cause prédisposante pour l'autre, mais contrairement à ce qu'avaient pensé certains auteurs, les deux maladies constituent deux entités morbides essentiellement distinctes. La rate n'est pas hypertrophiée chez les dysentériques et, dans le sang, on ne constate jamais la présence de l'hématozoaire, quand la maladie n'est pas compliquée de paludisme.

**PNEUMONIE PALUDÉENNE.** — On discute encore sur sa nature. La pneumonie chez les paludéens peut revêtir tous les caractères ordinaires des fièvres d'accès. Colin nie cependant l'existence des accès pernicieux pneumoniques. Pour lui, les phénomènes pulmonaires, parfois si redoutables chez les paludéens, reconnaissent pour cause des pneumonies vulgaires, dont la gravité extrême est due au mauvais terrain sur lequel elles évoluent. Ces pneumonies seraient comparables à celles des alcooliques. La pneumonie des paludéens paraît donc, dans certains cas, tenir à l'action du pneumocoque, comme le prouvent les recherches de Marchiafava et de Guarneri. Elle serait une variété de fièvre proportionnée.

Il est certain que dans les pays à malaria, l'élément paludéen peut venir se greffer sur une pneumonie et en augmenter la gravité; mais faut-il admettre, avec Grisolle, une pneumonie due uniquement au miasme paludéen? C'est une question que des examens bactériologiques répétés pourront seuls aider à résoudre. Nous nous bornons à donner la description clinique invoquée par quelques auteurs comme preuve de l'origine purement palustre de certaines pneumonies.

« La maladie peut débuter de deux façons différentes: tantôt c'est l'élément fébrile qui domine la situation, on croit à un accès de fièvre ordinaire, et les accidents pulmonaires ne se démasquent qu'au deuxième accès. Tantôt les symptômes locaux apparaissent d'abord avec les signes ordinaires de la pneumonie, et ce n'est que la marche ultérieure de la maladie qui révèle son caractère paludéen. » (G. Sée.)

La fièvre présente d'ordinaire un type tierce ou quotidien. L'apyrexie est complète entre chaque accès. Une amélioration remarquable s'observe pendant toute cette période apyrétique. La toux, la douleur, les crachats rouillés disparaissent, et les signes physiques s'amendent. Maillot, Grisolle admettent

<sup>(1)</sup> Voy. art. *Fièvre typhoïde*.

qu'ils peuvent disparaître complètement, ce qui paraît impossible, lorsque la pneumonie en est arrivée à la période d'hépatisation rouge. « Ce qu'on doit admettre, c'est que le processus local s'arrête pendant l'apyrexie, c'est qu'il ne progresse qu'au moment de l'accès fébrile, qu'il est par conséquent intimement lié à la cause qui provoque l'accès. » (G. Sée.)

Le fait à retenir, c'est l'évolution parallèle des exacerbations locales et des accès fébriles, si bien que si l'on administre le sulfate de quinine, la fièvre intermittente et la pneumonie disparaissent en même temps. Si la maladie est méconnue dans sa nature et par conséquent mal traitée, ces symptômes s'aggravent, la maladie prend le type pernicieux, la dyspnée s'exagère et la mort survient dans le coma, vers le 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> accès. L'influence du traitement quinique paraît être, pour certains auteurs, la preuve de la nature spécifique de la lésion pulmonaire dans certains cas.

**Pathogénie générale du paludisme.** — Nous avons esquissé plus haut un essai de pathogénie des accès intermittents et des accès pernicieux. Voici comment Laveran comprend la pathogénie générale du paludisme :

« La plupart des accidents du paludisme, dit-il, s'expliquent par l'altération du sang produite par les hématozoaires, par les troubles circulatoires et par l'irritation que la présence de ce parasite détermine dans les tissus.

« Les hématozoaires, en vivant aux dépens des hématiés, se chargent de pigment et les anémient. »

Frerichs avait émis le premier l'idée que la thrombose produite par l'accumulation du pigment jouait un rôle dans certains accidents du paludisme.

« Le fait que le thrombus est formé, non de poussières inertes, mais d'éléments parasitaires, permet de comprendre que l'obstruction puisse se dissiper assez rapidement.

« L'obstruction des capillaires par les hématozoaires n'est pas une hypothèse, c'est un fait facile à constater, surtout lorsqu'on examine les capillaires cérébraux des sujets qui ont succombé à des accès pernicieux à forme délirante ou comateuse. »

Il est aisé de comprendre comment les hématozoaires, par leur présence, provoquent des hyperémies, des congestions viscérales, des inflammations pouvant aboutir à la sclérose.

**Diagnostic.** — Le diagnostic du paludisme est le plus souvent extrêmement facile.

Des accès de fièvre à exaspération matinale, survenant périodiquement chez un individu habitant ou ayant habité un pays à malaria, font immédiatement reconnaître la nature de la maladie.

La saison dans laquelle survient la maladie indique si les fièvres sont de récurrence ou de première invasion. En Algérie, par exemple, les fièvres de première invasion ne s'observent que pendant la saison chaude, pendant la période endémo-épidémique, comme on l'appelle en Algérie; les fièvres de récurrence ne s'observent que pendant les mois d'hiver (Laveran).

Il faut savoir que la malaria peut apparaître cependant en dehors des foyers endémiques. Des cas de fièvre intermittente, nous l'avons déjà dit, ont apparu à Paris à la suite de l'élévation des fortifications et du creusement du canal de

l'Ourcq. Récemment, M. J. Comby rapportait encore à la Société médicale des hôpitaux le cas d'un jeune enfant qui avait contracté la fièvre intermittente au voisinage du canal Saint-Martin.

Il existe encore trois autres éléments importants pouvant servir au diagnostic de la malaria : 1<sup>o</sup> l'hypertrophie de la rate; 2<sup>o</sup> l'efficacité du sulfate de quinine, qui avait déjà fait reconnaître par Torti des fièvres à quinquina; 3<sup>o</sup> la présence des hématozoaires.

La présence des éléments parasitaires dans le sang peut être à l'heure actuelle considérée comme la meilleure preuve du diagnostic de la malaria, mais on sait combien cette recherche est souvent délicate et difficile (Laveran). Si l'examen est ou paraît être négatif, il faut se garder d'être affirmatif. La recherche des hématozoaires est en effet souvent difficile, lorsque ces parasites sont en petit nombre dans le sang périphérique.

Les difficultés du diagnostic varient suivant que le type de la maladie est intermittent, continu, pernicieux, local.

La fièvre intermittente malarique, si caractéristique par la périodicité de son cycle, peut être cependant confondue avec les fièvres intermittentes symptomatiques de la pyohémie, de la tuberculose, des abcès biliaires du foie, ou de suppurations rénales.

Dans toutes ces fièvres, le sulfate de quinine est presque sans action; les accès reviennent en général le soir et non le matin.

La fièvre intermittente hépatique, que l'on peut observer à la suite d'une obstruction durable ou persistante du canal cholédoque, a été bien étudiée par Charcot. Tout à coup, l'accès éclate, débutant par un frisson; les trois stades se déroulent, comme s'il s'agissait d'un accès de fièvre intermittente légitime. Fréquemment les périodes apyrétiques sont nettement marquées et les retours des accès sont en général assez réguliers pour simuler les types quotidien, tierce ou quarte de la fièvre légitime.

Mais cette fièvre intermittente hépatique s'accompagne souvent d'ictère ou de colique hépatique. M. P. Regnard a montré qu'il y avait diminution du taux de l'urée pendant l'accès, à l'opposé de ce qui a lieu dans l'accès de fièvre légitime. Le plus souvent la fièvre légitime est en quelque sorte chronique; elle peut durer, par exemple, 2 ou 5 mois avec des intervalles de 8, 10, 15 jours, pendant lesquels les accès font momentanément défaut. On a compté jusqu'à 51 accès dans le cas publié par M. Regnard. Une terminaison favorable est chose possible, mais la terminaison fatale est la plus commune.

Dans les pays chauds et palustres, on peut avoir à poser un diagnostic différentiel avec l'hépatite suppurée. La tumeur formée par l'abcès est perceptible dans quelques cas à la palpation et peut permettre parfois de faire un diagnostic. Des antécédents de dysenterie sont souvent notés. Quelquefois l'examen du sang est nécessaire.

La fièvre dite *uro-septique* peut déterminer des symptômes semblables à ceux de la fièvre hépatique, consécutivement à des altérations urétrales, vésicales ou rénales.

Entre la fièvre gastrique ou rémittente palustre et la fièvre rémittente dite climatique, le diagnostic est souvent difficile à poser. C'est encore la tuméfaction de la rate, l'action du sulfate de quinine, l'endémicité de la fièvre, la coexistence d'accès intermittents qui aideront à reconnaître l'origine palustre de la fièvre gastrique.

Un des diagnostics les plus malaisés est celui de la *fièvre continue* palustre à forme typhoïde et de la fièvre typhoïde. L'analogie est si grande que pendant longtemps les deux maladies, nous l'avons vu, ont été confondues.

La continue palustre ne s'observe que dans les mois les plus chauds et chez des individus ayant habité les pays où règne la malaria. Les symptômes abdominaux y sont moins marqués que dans la fièvre typhoïde; la matité splénique est plus étendue; la courbe de la température est moins régulière, avec rémissions vespérales relativement fréquentes; la défervescence est brusque et critique. Les taches rosées n'ont jamais été observées par Laveran dans la continue palustre. Enfin le sulfate de quinine donné à la dose de 1<sup>er</sup>,50 à 2 grammes peut arriver à trancher le diagnostic, en amenant la défervescence en 2 ou 3 jours, s'il s'agit d'une continue palustre. L'examen microscopique du sang, en montrant quelques hématozoaires, confirme immédiatement le diagnostic de paludisme.

Le séro-diagnostic permet de reconnaître, d'autre part, si le malade est atteint de fièvre typhoïde. Les médecins américains et anglais ont montré, en ces deux dernières années, dans des publications multiples, tous les services que pouvait rendre la recherche de la réaction agglutinante dans les pays à malaria.

En présence de certaines formes pernicieuses, la recherche de l'hématozoaire peut seule trancher le diagnostic avec une attaque de choléra de dysenterie aiguë.

Chez les malades atteints de filariose, on peut observer des accès de fièvre semblables à ceux du paludisme et des hématuries. L'absence d'hématozoaires dans le sang, la présence d'embryons de filaires permettent d'affirmer le diagnostic.

On ne confondra pas avec la fièvre jaune les fièvres bilieuses malariques. Les antécédents du malade, la constitution épidémique, l'examen de la rate et du sang, l'administration de sulfate de quinine, sont autant de moyens de diagnostic.

Dans les formes *larvées*, l'action du sulfate de quinine est encore la pierre de touche du diagnostic. La régularité des accès ne suffit pas à faire reconnaître les névralgies d'origine palustre, car les névralgies *a frigore* peuvent revêtir parfois la forme intermittente.

Les formes pernicieuses doivent être soupçonnées, lorsque surviennent les accidents qui les caractérisent dans des pays où la malaria est grave, et lorsqu'elles ont été précédées par des accès intermittents. De la rapidité du diagnostic et de l'administration immédiate du sulfate de quinine dépend le salut du malade. Il ne faut pas oublier qu'on a dans les pays palustres une grande tendance à mettre sur le compte d'accès perniciose tous les accidents graves dont la cause n'est pas apparente (Laveran). Il faut songer parfois à distinguer l'accès perniciose de l'insolation, de l'alcoolisme, de la méningite, de la cholérine, de la dysenterie, de l'urémie à forme convulsive ou comateuse. Dans ce dernier cas, la recherche de l'albumine dans les urines fait le diagnostic.

La *cachexie* palustre doit encore être différenciée de l'*anémie simple des pays chauds*, dont la marche est très lente, et dont l'évolution se fait sans hypersplénie.

La *leucémie splénique* doit également être différenciée. L'examen histologique montre dans cette dernière maladie un nombre très exagéré de leucocytes.

**Pronostic.** — Le pronostic du paludisme est toujours très sérieux. Les conditions de milieu et de climat; la rapidité plus ou moins grande avec laquelle le

traitement est appliqué, telles sont les causes influant surtout sur la mortalité de la maladie.

Plus le type intermittent est accusé, plus le pronostic est favorable, car le fait est que la fièvre intermittente n'est presque jamais mortelle.

La cachexie, la continuité de la fièvre et l'état pernicieux, tels sont encore les trois grands facteurs de gravité de la malaria.

La mortalité par cachexie palustre est encore plus élevée que celle par accidents perniciose; aussi le pronostic dépend-il en partie de la possibilité pour le malade de quitter la région insalubre.

Les accès perniciose de l'automne sont généralement plus graves que ceux du printemps.

Lorsqu'un malade a eu un premier accès pernicieux, le pronostic doit être très réservé, parce que les perniciose sont sujettes à récidive.

Les accès perniciose n'entraînent pas la mort, en général, lorsque la médication spécifique est administrée à temps et énergiquement.

**Prophylaxie.** — On peut dire qu'il y a une prophylaxie publique et une prophylaxie individuelle de la malaria.

La prophylaxie publique consiste à dessécher le sol et à élever le niveau de la nappe d'eau, dans les pays à malaria. De la sorte, on peut éviter la formation de lits de vase alternativement couverts et découverts. Les travaux de défrichement des étangs et des marais ne doivent pas être faits pendant la saison endémo-épidémique. Ces travaux, dans les pays chauds, doivent autant que possible être confiés à des indigènes ou à des nègres qui jouissent de l'immunité pour le paludisme. La mise en culture des pays contaminés est un des meilleurs moyens d'assainissement, comme nous l'avons dit déjà au chapitre de l'étiologie. On a conseillé, il y a quelques années, la plantation d'eucalyptus globulus pour dessécher les terrains trop humides; mais dans la campagne romaine, aussi bien qu'en Algérie et en Australie, les résultats n'ont pas répondu aux espérances que l'on avait conçues à l'égard de l'action anti-malarienne de ces plantations. Laveran rapporte cependant des faits en faveur de la bonne action des eucalyptus.

L'eucalyptus, dit-il, agit-il simplement comme les autres végétaux en drainant et en desséchant le sol? S'il assainit le sol plus rapidement que ne le font les autres arbres, est-ce uniquement parce que sa croissance est plus rapide, ou bien faut-il admettre qu'il a des vertus spéciales? Cette dernière hypothèse, conclut-il, n'a rien d'in vraisemblable; les eucalyptus dégagent des odeurs aromatiques douées de propriétés antiseptiques; de plus, les feuilles et les branches qui couvrent le sol contiennent une forte proportion d'eucalyptol, qui peut s'opposer au développement des germes de paludisme. Les plantations de pins semblent posséder les mêmes propriétés que les plantations d'eucalyptus.

La prophylaxie individuelle consiste à fuir la plaine pour la montagne, pendant la période épidémique.

L'emplacement des habitations doit être fixé toujours sur les hauteurs, jamais dans les bas-fonds, ni dans une plaine humide et mal drainée.

« L'altitude qui suffit à préserver du paludisme est d'ailleurs peu considérable.

« Dans une même ville, on trouve souvent des quartiers très sains à côté de quartiers notoirement insalubres; les parties les plus élevées d'une ville, les

rues les plus centrales, les plus habitées donnent le maximum de préservation. On évitera, au contraire, les habitations qui sont placées dans les parties basses, sur les bords fangeux des cours d'eau et celles qui sont isolées dans la campagne, surtout s'il existe à proximité des marais ou des terres irriguées. » (Laveran).

Il faut éviter les campagnes contaminées comme le font les Romains, qui ne sortent pas de leur ville pendant la période dangereuse.

Le voyageur qui dispose de son temps doit parcourir les contrées palustres de l'Italie et de l'Algérie pendant les six mois de décembre, janvier, février, mars, avril, mai. A cette époque, on n'a pas à se préoccuper du paludisme.

Il faut éviter surtout le séjour dans un lieu suspect après le coucher du soleil. On ne devra pas coucher sur le sol; il sera même bon de coucher dans une pièce située aux étages supérieurs et éviter de dormir les fenêtres ouvertes.

Il faut se garder des excès de toute sorte, des écarts de régime, des fatigues. On ne boira que de l'eau bouillie, car l'eau potable semble pouvoir servir de véhicule aux parasites du paludisme.

On a préconisé l'emploi préventif de la quinine, de l'arsenic, de la gentiane ou de la strychnine. La question de la prophylaxie de la malaria par la quinine est actuellement à l'ordre du jour. Depuis Lind, le quinquina a été essayé comme agent préventif de la malaria dans l'armée des Indes et l'emploi préventif de la quinine est une pratique assez généralisée dans toutes les armées coloniales anglaises.

Les armées américaines, pendant la guerre de Sécession, ont fait usage du médicament dans le même but et, d'après de nombreux documents officiels, l'expérience semble avoir été concluante et décisive.

Dans la marine anglaise, le vin de quinquina et le sulfate de quinine sont employés à titre préventif. Tout homme descendant à terre dans les régions tropicales prend du vin de quinquina le matin en quittant le navire et le soir en y retournant.

Des observations isolées, faites à bord des navires mouillant dans les points les plus malsains du globe, montrent à l'évidence le bon effet que l'on peut tirer de l'application méthodique de la quinine comme moyen préventif.

Nous ne saurions mieux faire que de citer à ce sujet les observations de Graeser<sup>(1)</sup> qui, à bord d'un navire marchand, fit plusieurs séjours successifs aux Indes Néerlandaises et notamment à Tandjouk Priok, port où la malaria règne avec tant de sévérité, que Graeser y a vu un vaper anglais immobilisé par suite de l'envoi à l'hôpital de l'équipage entier. Les observations de Graeser portent sur le personnel de deux navires suivis dans cinq traversées et pendant la durée du séjour à Priok. Le soir même de l'arrivée au port, on donnait aux hommes 1 gramme de sulfate de quinine dans du genièvre; la même dose était répétée les huitième, douzième, seizième jours du séjour, pendant que les dixième et quatorzième jours on se bornait à 0<sup>gr</sup>,50. Les résultats furent sans cesse satisfaisants. La quinine diminuait non seulement le nombre, mais la gravité des accès. Dans le dernier voyage, il n'y eut pas un seul cas de fièvre dans l'équipage, pendant la traversée de retour. Seuls deux officiers, qui s'étaient soustraits à la mesure générale, présentèrent des accès de fièvre grave.

Dans notre colonie algérienne, l'usage préventif de la quinine n'a jamais été fait d'une façon générale. On l'a employée dans certains postes très fiévreux,

(<sup>1</sup>) *Berliner klin. Woch.*, 1888, N° 42, p. 485, et 1889, N° 55, p. 1065.

depuis 1884, notamment à Ouargla, situé dans l'extrême Sud. Dans un mémoire tout récent, M. le médecin aide-major Lanel<sup>(1)</sup> rend compte des observations faites par lui en 1888. Sur les conseils de M. le médecin inspecteur Vidal, il administrait la quinine en 2 doses de 4 pilules par semaine (0<sup>gr</sup>,40 à 0<sup>gr</sup>,50 chaque fois). Il a eu à soigner ainsi deux fois moins de fiévreux, bien que l'effectif eût été beaucoup plus élevé que les années précédentes pendant une période de son observation.

La quinine prescrite à titre préventif a donné d'excellents résultats pendant l'expédition du Dahomey.

On peut dire d'une façon générale que la quinine a été le plus souvent administrée à doses trop faibles (0<sup>gr</sup>,10 à 0<sup>gr</sup>,15) pour donner de bons effets prophylactiques. Il faudrait atteindre au moins les doses de 0<sup>gr</sup>,25 à 0<sup>gr</sup>,50, mais ces doses, outre qu'elles deviennent très dispendieuses, sont souvent mal supportées.

Si la formule de l'administration de la quinine, à titre préventif, n'est pas encore définitivement fixée, on doit reconnaître, comme le fait Longuet<sup>(2)</sup> dans un excellent article, que « la valeur prophylactique de la quinine repose aujourd'hui sur un ensemble de faits suffisamment nombreux et précis. Quelques voix dissidentes peuvent contester son utilité; aucun témoignage ne lui attribue un danger ou un inconvénient réel. »

L'acide arsénieux a été essayé comme préventif en Italie, mais les résultats sont loin d'être probants; le quinquina lui paraît préférable.

**Traitement.** — Nous avons dans le quinquina un remède spécifique du paludisme.

Comment le quinquina et les sels de quinine agissent-ils dans le paludisme? Cette question, posée depuis le jour où l'on a reconnu les effets merveilleux du médicament, n'a commencé à trouver de solution que depuis la découverte de l'hématozoaire du paludisme. Les recherches de Metchnikoff sur la phagocytose dans les maladies infectieuses en général, celles de Golgi et de Laveran sur la phagocytose dans le paludisme en particulier, montrent que l'organisme humain, envahi par les hématozoaires de la malaria, lutte souvent avec avantage contre les parasites, sans l'intervention d'aucun médicament spécifique. La lutte est d'autant plus aisée pour l'organisme qu'il se trouve placé dans de meilleures conditions générales; aussi les malades, anémiés, surmenés, mal nourris, ont-ils des rechutes incessantes de fièvre.

C'est avec raison que depuis longtemps les fièvres palustres ont été appelées *fièvres à quinquina*. Le quinquina, par ses alcaloïdes, est en effet le remède héroïque.

Les sels de quinine agissent dans la malaria en tuant les parasites qui existent dans le sang. Voilà ce que dit à ce sujet Laveran :

« Les sels de quinine guérissent évidemment les fièvres palustres en tuant les parasites qui existent dans le sang. On sait depuis longtemps qu'il suffit d'ajouter à un liquide renfermant des infusoires en grand nombre un peu de quinquina pour voir disparaître tous les infusoires; les algues, au contraire, et les champignons se développent en général très bien dans les solutions des sels

(<sup>1</sup>) LANEL, *Arch. de Méd. et de Pharm. milit.*, 1890, p. 464.

(<sup>2</sup>) A. LONGUET, La prophylaxie de la fièvre intermittente par la quinine; *Semaine méd.*, 1891, p. 7.