

aiguës de l'impaludisme; on peut dire cependant que, dans la grande majorité des cas, la cachexie se développe à la suite des fièvres intermittentes ou des continues palustres.

Le symptôme dominant de la cachexie palustre est l'*anémie*. Les fièvres palustres sont, sans contredit, une des maladies qui amènent la plus rapide destruction des corpuscules du sang; les procédés de numération des globules du sang, imaginés dans ces dernières années, ont permis d'apprécier plus exactement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici le pouvoir anémiant de la fièvre. D'après les recherches du docteur Kelsch, à la suite d'un seul accès, le chiffre des globules peut diminuer de 4 000 000 par millimètre cube, et vingt à trente jours de fièvre simple suffisent pour abaisser le chiffre normal des globules qui est de 5 000 000 par millimètre cube à 1 000 000 et même à 500 000.

La peau prend une coloration pâle, terreuse, semblable au hâle; elle est sèche; les sclérotiques sont d'un blanc bleuâtre, ce qui permet de distinguer facilement cette teinte terreuse des cachectiques de la teinte ictérique; le pouls est petit, dépressible, ralenti; le cœur bat faiblement, on trouve des souffles anémiques, à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou.

Cette anémie profonde traîne naturellement à sa suite tout un cortège de symptômes nerveux: les malades deviennent tristes, apathiques, indifférents à tout ce qui se passe autour d'eux: les mouvements sont alanguis, ils manquent de force et de précision, la marche est quelquefois vacillante comme celle d'un homme ivre (Catteloup). Les malades se plaignent de lourdeur de tête, de céphalalgie, de bourdonnements d'oreille, d'étourdissements, d'insomnies.

Des hémorrhagies: épistaxis, hématurie, etc., viennent encore de temps à autre augmenter l'anémie; les moindres lésions traumatiques sont la source d'hémorrhagies abondantes comme chez les hémophiles.

Des suffusions séreuses ne tardent pas à se produire: œdème palpébral et périmalléolaire, puis anasarque accompagnée souvent d'hydropéricarde ou d'ascite.

En général, ces œdèmes des cachectiques ne s'accompagnent pas d'albuminurie; lorsque les urines sont albumineuses, on peut en conclure que la cachexie palustre se complique d'une néphrite chronique, ce qui du reste n'est pas très rare.

Un dégoût prononcé pour certains aliments, la viande en parti-

culier, rend l'alimentation très difficile. La rate, considérablement augmentée de volume, descend parfois jusque dans la fosse iliaque gauche, elle est dure, facile à limiter par la palpation, s'il n'y a pas d'ascite. Le foie est également hypertrophié dans la plupart des cas.

Les cachectiques ont souvent des accès irréguliers ou réguliers à longues intermittences, du type quarte par exemple; il n'est pas rare de les voir succomber à une fièvre bilieuse hématurique ou adynamique ou bien à une syncope. Parmi les complications qui entraînent le plus fréquemment la mort, il faut citer la dysenterie et la pneumonie. La pneumonie des cachectiques ressemble beaucoup à celle des vieillards: on conçoit facilement que l'individu affaibli par les fièvres ne réagisse pas mieux que celui qui est affaibli par l'âge; usure fébrile ou usure sénile, qu'importe, le résultat sur l'évolution de la pneumonie est le même: le frisson initial, le point de côté, les crachats rouillés sont défaut si bien qu'il est nécessaire d'examiner avec soin la poitrine pour reconnaître l'existence de la pneumonie; à la percussion, on trouve de la matité au niveau des points hépatisés, à l'auscultation des râles sous-crépitaux; le souffle tubaire est beaucoup moins fort que dans la pneumonie lobaire franche. L'autopsie montre le parenchyme pulmonaire splénisé plutôt qu'hépatisé, les parties malades sont résistantes, privées d'air, la coupe est lisse, luisante, marbrée de suffusions sanguines ou de véritables noyaux apoplectiques.

La mort est quelquefois le résultat d'une rupture de la rate; cet accident s'observe principalement chez les individus qui ont de grosses rates et chez lesquels des paroxysmes fébriles viennent encore augmenter la congestion splénique; les adhérences de la rate au diaphragme et les tiraillements qui en sont la suite constituent une circonstance prédisposante (E. Collin). La rupture de la rate est presque toujours suivie d'une hémorrhagie intra-péritonéale et d'une péritonite mortelle.

Au nombre des complications possibles de l'impaludisme il faut citer encore les paralysies et l'asphyxie locale des extrémités. Nous aurons l'occasion de revenir sur les rapports de cette dernière affection avec l'impaludisme (voy. *Asphyxie locale des extrémités*).

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Comment, par quel mécanisme les éléments parasitaires que nous avons décrits plus haut produisent-ils les accidents si variés de l'impaludisme?

Une fois absorbés sous une forme qui nous est encore inconnue, les éléments parasitaires se développent, se multiplient dans le sang;

pendant cette période d'incubation dont la durée est très variable, les malades n'éprouvent souvent aucun symptôme morbide. Par suite de leur développement et de leur multiplication, les parasites finissent par déterminer une irritation des différents organes, c'est alors que la fièvre apparaît, tantôt avec les caractères d'une fièvre continue, inflammatoire, tantôt avec ceux d'une fièvre intermittente. La trichinose s'accompagne souvent d'une fièvre assez vive pour que la confusion avec la fièvre typhoïde soit possible; on conçoit de même que la présence de nombreux éléments parasitaires dans le sang et conséquemment dans tous les organes, puisse donner naissance à une fièvre inflammatoire plus ou moins vive.

La fièvre intermittente est due probablement à l'irritation que les éléments parasitaires arrivés à une certaine période de leur développement produisent dans la moelle épinière. Il est facile de comprendre que l'irritation de la moelle se traduise par des accidents intermittents, la régularité seule de l'intermittence qui s'observe d'ordinaire dans les fièvres palustres s'explique difficilement. Peut-être faut-il admettre que l'irritabilité de la moelle est épuisée après chaque paroxysme fébrile et que l'intervalle qui sépare les accès de fièvre représente le temps nécessaire pour que cet épuisement se dissipe. On comprendrait ainsi pourquoi les types à longues intermittences prédominent chez les individus affaiblis, anémiés, dont le système nerveux réagit plus lentement que celui des individus atteints de fièvre pour la première fois. Peut-être aussi faut-il invoquer l'évolution même des parasites.

La présence d'éléments parasitaires en grand nombre dans les vaisseaux capillaires du cerveau rend très bien compte du délire et du coma qui sont les symptômes le plus souvent observés chez les malades atteints d'accidents pernicieux.

La rate, qui est le siège de prédilection des éléments parasitaires, subit, soit dans les formes aiguës, soit dans les formes chroniques de l'impaludisme, des altérations profondes qui entravent ses fonctions; c'est là sans contredit une des causes de l'anémie profonde qui s'observe toujours dans l'impaludisme.

A la longue, l'irritation produite par les éléments parasitaires dans les différents organes de l'économie se traduit par les lésions de l'inflammation chronique; ces lésions portent principalement sur les organes qui sont le siège d'élection des parasites, comme la rate et le foie.

DIAGNOSTIC. — On est le plus ordinairement guidé par l'endé-

micité des fièvres et par la provenance des malades; il est rare que les fièvres palustres se montrent, surtout avec leurs formes graves, chez des sujets qui habitent en dehors des foyers endémiques. Elles peuvent cependant apparaître à la suite de grands mouvements de terrain, ainsi qu'on l'a vu lors de l'établissement des fortifications de Paris et du creusement du canal de l'Ourcq. Même dans les pays où les fièvres palustres sont endémiques, il faut s'enquérir avec soin de la provenance des malades; on apprend vite à connaître les foyers de l'impaludisme, et le fait seul qu'un malade vient d'un de ces foyers a la plus grande importance au point de vue du diagnostic.

La saison dans laquelle la maladie a été contractée fournit aussi une indication très utile; les fièvres palustres de première invasion ne s'observent guère que pendant la saison chaude dite, à cause de la fréquence des fièvres, période *endémo-épidémique*; pendant les mois d'hiver on n'observe que des fièvres de récurrence.

L'hypertrophie constante de la rate, l'efficacité du sulfate de quinine et la présence des éléments parasitaires dans le sang fournissent au diagnostic des données décisives.

Si l'existence des éléments parasitaires du sang était facile à constater, il serait inutile d'aller plus loin; malheureusement la recherche de ces éléments est assez longue et elle exige une certaine habitude du microscope.

L'intermittente palustre peut être confondue avec les fièvres intermittentes symptomatiques de la pyohémie ou de la tuberculose. Dans la pyohémie, les accès de fièvre sont irréguliers, dans la tuberculose ils reviennent d'ordinaire le soir et non le matin, comme dans les fièvres palustres; de plus, ces fièvres intermittentes symptomatiques sont à peine influencées par le sulfate de quinine qui arrête rapidement les accès palustres.

La fièvre gastrique ou rémittente palustre est difficile à distinguer de la rémittente climatique, laquelle n'est, comme nous l'avons déjà dit (voy. *Fièvres simples*, p. 31), que la fièvre gastrique de nos climats portée à son maximum d'intensité et de gravité. La grande chaleur active l'évolution de presque toutes les maladies, de même qu'elle imprime à la végétation un essor rapide; dans les pays chauds, la fièvre typhoïde et la tuberculose prennent une marche plus aiguë et ont une gravité plus grande que dans les climats froids ou tempérés, il en est de même pour la fièvre gastrique. Pour différencier la rémittente palustre de la rémittente climatique on se guidera sur

l'endémicité des fièvres, sur la coexistence d'accès intermittents, sur la tuméfaction de la rate, enfin sur l'action du sulfate de quinine.

La fièvre continue palustre à forme typhoïde présente de grandes analogies avec la fièvre typhoïde; quelques observateurs ont même émis cette opinion, que la fièvre typhoïde pouvait se développer sous l'influence de l'impaludisme, qu'il existait, en un mot, une fièvre typhoïde palustre. Il arrive quelquefois que des individus atteints d'impaludisme prennent la fièvre typhoïde, car, contrairement à l'idée émise par Boudin, il n'y a aucun antagonisme entre ces deux maladies; mais on peut affirmer, croyons-nous, que l'impaludisme à lui seul n'engendre jamais la fièvre typhoïde proprement dite. Voyons donc quels sont les caractères différenciels de la fièvre continue palustre à forme typhoïde et de la fièvre typhoïde.

La provenance des malades et la saison dans laquelle on se trouve fournissent des indications importantes: la fièvre continue palustre à forme typhoïde ne s'observe que pendant les mois les plus chauds de l'année et chez des individus qui ont habité des endroits où règne la malaria.

Les symptômes abdominaux: diarrhée, météorisme, douleur dans la fosse iliaque droite, sont en général plus marqués dans la fièvre typhoïde que dans la continue palustre; les taches rosées, lorsqu'elles existent, fournissent un signe très important à l'appui de la fièvre typhoïde; nous ne les avons jamais observées, pour notre part, dans la continue palustre. La matité splénique est en général beaucoup plus étendue dans la continue palustre que dans la fièvre typhoïde. Le tracé thermométrique à la période d'état (il est très rarement observé la période d'ascension) est moins régulier dans la continue palustre que dans la fièvre typhoïde, et l'on observe fort souvent des rémissions vespérales qui sont très rares dans la fièvre typhoïde; la défervescence est brusque, critique dans la continue palustre, bien différente par conséquent de celle de la fièvre typhoïde. L'efficacité du sulfate de quinine dans la continue palustre fournit au diagnostic un de ses éléments les plus importants: s'il s'agit d'une continue palustre le sulfate de quinine, pourvu qu'il soit administré à dose suffisante (1^{re}, 50 à 2 gr. par jour), amènera la défervescence, sinon dans les vingt-quatre heures, au moins au bout de deux ou trois jours; s'il s'agit au contraire d'une fièvre typhoïde, la marche de la maladie ne sera que très peu modifiée par la médication quinique.

L'examen histologique du sang suffit à lui seul pour trancher cette importante question de diagnostic différentiel; lorsque cet examen

révèle la présence de quelques-uns des éléments parasitaires décrits plus haut, voire même des seuls leucocytes mélanifères, on peut conclure hardiment à l'impaludisme; jamais aucun de ces éléments ne se rencontre dans le sang des malades atteints de fièvre typhoïde.

Dans les cas de fièvre continue palustre la convalescence est beaucoup plus rapide que dans la fièvre typhoïde, mais presque toujours on voit la fièvre récidiver au bout d'un certain temps avec le type intermittent.

Les fièvres bilieuses graves d'origine palustre se distinguent sans peine de la fièvre jaune dont les foyers sont bien limités, qui ne sévit pas d'ordinaire chez d'anciens fébricitants, qui s'accompagne de vomissements noirs, rarement d'hématuries, dans laquelle, enfin, il n'y a pas d'hypertrophie de la rate. Nous ne parlons pas de l'action du sulfate de quinine comme moyen de diagnostic dans ce cas, parce que les fièvres bilieuses graves ne cèdent pas toujours au quinquina.

Les névralgies d'origine palustre se reconnaissent à la régularité de leur retour et à la facilité avec laquelle la fièvre larvée disparaît sous l'influence du sulfate de quinine. Il faut se rappeler que les névralgies à frigore et les névrites traumatiques elles-mêmes prennent assez souvent la forme intermittente.

Il nous est impossible de passer en revue toutes les maladies qui peuvent être confondues avec les accidents pernicieux; dans les pays où les fièvres palustres sont endémiques et graves, le praticien doit être sans cesse sur ses gardes et dans les cas douteux, il doit toujours agir comme s'il avait affaire à un accident pernicieux. En général, les accidents pernicieux n'éclatent pas d'emblée, ils sont précédés par quelques accès de fièvre et annoncés par des phénomènes insolites qui commandent l'attention.

PRONOSTIC. — On ne meurt presque jamais de fièvre intermittente, mais la cachexie palustre, les fièvres continues graves et les accidents pernicieux enlèvent beaucoup de malades. Aux Indes, les fièvres palustres comptent pour 40 pour 100 dans la mortalité générale. Malgré le sulfate de quinine, les accidents pernicieux sont encore mortels une fois sur trois ou quatre dans les statistiques les plus favorables. La cachexie palustre entre dans la mortalité pour une part plus forte encore que les accidents pernicieux, ces derniers ne règnent que pendant quelques mois, tandis que la cachexie palustre est l'aboutissant de toutes les fièvres et survit à la période endémo-épidémique, c'est même pendant l'hiver que les cachectiques succombent en plus grand nombre.