

Les fièvres intermittentes peuvent se diviser en cinq variétés :

- A. Fièvres intermittentes simples ;
- B. — — — graves ;
- C. — — — irrégulières ;
- D. — — — chroniques ;
- E. Cachexie paludéenne.

Les fièvres larvées peuvent se diviser en trois variétés :

- F. Fièvres larvées bénignes ;
- G. — — — graves ;
- Forme pneumonique,
- méningitique,
- typhoïde,
- dysentérique,
- angineuse,
- gastrique,
- alternante.

H. Fièvres larvées malignes ou pernicieuses.

La troisième classe des fièvres paludéennes est donc formée par les fièvres larvées malignes. Nous allons passer en revue toutes ces variétés, tant au point de vue clinique que thérapeutique.

CHAPITRE TROISIÈME

LES FIÈVRES INTERMITTENTES SIMPLES

CHAPITRE TROISIÈME

LES FIÈVRES INTERMITTENTES SIMPLES

Les fièvres intermittentes simples représentent la forme type en quelque sorte de l'empoisonnement paludéen. La durée de l'incubation n'a rien de fixe. Dans les pays chauds, dans les saisons d'été, comme le dit Hirtz, alors que le miasme se dégage dense et abondant, alors surtout qu'on s'expose le soir et aux premières heures de la nuit, l'intoxication peut être assez rapide pour déterminer au bout de peu d'heures l'explosion de la fièvre.

On cite des faits de ce genre pour les Marais Pontins, pour certains climats africains.

En général il faut plusieurs jours à dater de l'imprégnation. Suivant Nimeyer on compterait en moyenne 15 jours.

Quant aux faits nombreux rapportés par les auteurs dans lesquels la fièvre éclate plusieurs mois *après* un séjour en pays contaminé, six mois d'après Ferrus (marais de Preskau en Hollande), sept mois

d'après Montfalcon (île de Walcheren), je partage l'opinion de ceux qui les considèrent comme ne supportant pas une analyse rigoureuse. Tout porte à croire que l'incubation varie suivant la susceptibilité individuelle.

La fièvre intermittente peut éclater subitement au milieu d'une santé parfaite. Ce mode d'invasion est le plus rare.

Ordinairement il y a des prodromes pendant quelques jours.

Tantôt on observe un malaise général, de l'inappétence, une apathie tant physique qu'intellectuelle; tantôt on constate les symptômes d'un catarrhe gastrique fébrile.

Ces prodromes présentent habituellement des caractères particuliers qui peuvent éclairer sur leur nature et faire pressentir l'éclosion prochaine d'un accès de fièvre.

On constatera, au moyen du thermomètre et aussi d'après la sensation de mieux être accusée par le malade, une période de rémission qui a lieu le soir ou plus exactement dans la seconde moitié du jour médical, de midi à minuit, tandis que l'exacerbation se montre à une heure quelconque, de minuit à midi. C'est là un des caractères distinctifs de l'infection paludéenne.

Il est assez commun d'observer pour chaque accès quelques phénomènes avant-coureurs, tels que céphalalgie, anxiété, bâillements, pandiculations,

pâleur, tendance au sommeil, etc. A ces symptômes qui n'ont qu'une durée fort courte, succède bientôt le frisson qui marque le premier stade de la fièvre.

Premier stade ou stade de froid. — Le froid ou le frisson qui constitue le premier stade d'un accès présente une intensité très variable. Quelquefois les malades n'éprouvent qu'un léger frisson partiel ou général et tout à fait éphémère. Le plus souvent c'est une horripilation s'accompagnant d'une sorte de frémissement de la peau avec saillie des bulbes (*chair de poule*). Enfin, lorsque le froid augmente, les membres sont pris d'un tremblement involontaire, les lèvres s'agitent, les dents claquent et le corps entier est jeté de côté et d'autre dans le lit.

En même temps que le frisson, il y a une céphalalgie plus ou moins pénible, une sensation d'oppression de la poitrine et une respiration plus fréquente; la parole est coupée par le tremblement des lèvres et devient indistincte; assez souvent il survient des vomissements lorsque, peu de temps auparavant, les patients ont pris des aliments. A ce moment on est frappé du changement survenu dans l'aspect du malade qui ressemble à un individu exposé sans être suffisamment couvert à un froid intense. Le volume du corps semble diminué, la face est grippée, le nez effilé, les bagues deviennent trop larges pour les doigts. La peau est sèche, décolorée, les lèvres et les dernières phalanges des doigts et des orteils ont un aspect bleuâtre. Il n'est

pas rare que l'afflux du sang vers les doigts soit complètement suspendu; ceux-ci prennent alors un aspect de cire, ils n'ont plus aucune sensibilité et ne saignent plus lorsqu'ils sont blessés. (Niemeyer). Le pouls est très fréquent, très petit et dur; les urines sont abondantes et pâles.

Cette sensation de froid est toute subjective car, en réalité, loin de s'abaisser, la température commence habituellement à s'élever avant le début du frisson (quelques instants ou quelques heures). Cette élévation devient surtout rapide au moment où éclate le frisson, et le maximum de la chaleur fébrile coïncide avec la fin du frisson.

Le thermomètre peut monter de 2 ou 3 degrés; dans les cas graves (fièvres pernicieuses) il atteint même 4 degrés. Cette calorification est localisée au début dans les parties profondes; les parties périphériques subissent au contraire un abaissement de température qui toutefois n'est pas assez considérable pour qu'on puisse lui attribuer la vive sensation de froid éprouvée par le malade.

Cet excès de chaleur profonde entraînant la tension des vaisseaux de tous les organes intérieurs par suite de l'afflux sanguin, on peut se demander si ce n'est pas la cause de la céphalalgie, de l'oppression, de la fréquence de la respiration, des vomissements, de l'augmentation de la sécrétion urinaire et enfin du gonflement de la rate et du foie. Tous ces symptômes, qui font rarement défaut,

semblent en effet se relier aux phénomènes congestifs.

La durée du stade de froid oscille entre un quart d'heure à trois heures.

Dans les premiers accès ce stade est ordinairement plus court et moins intense que dans les accès subséquents.

Lorsque la maladie existe depuis longtemps, l'intensité et la durée de ce stade recommencent à diminuer.

Deuxième stade ou stade de chaleur. — Au froid, succède une chaleur plus ou moins considérable qui, commençant par les extrémités, finit bientôt par devenir générale. — Ce stade ne débute pas brusquement, mais d'une manière insensible.

Le frisson n'est interrompu au commencement que par des bouffées de chaleur passagères et peu à peu, il est remplacé par une sensation de chaleur brûlante. Les maux de tête deviennent plus violents, les malades tombent dans une grande agitation et assez souvent dans un demi-délire (*subdelirium*) ou dans un état de stupeur.

La soif est très vive. La face devient rouge; toute la peau se congestionne et se couvre de moiteur. Le pouls, qui précédemment était petit et déprimé, devient large et plein: les carotides battent fortement. Les urines sont rares, rouges et brûlantes.

La température, qui était arrivée à son point culminant au commencement de ce stade, reste un

certain temps au degré atteint, puis décroît lentement. On compte en moyenne une durée de 4 à 6 heures pour le stade de chaleur.

Troisième stade ou stade de sueur. — La chaleur sèche et brûlante qui torturait le malade s'apaise dès qu'une sueur bienfaisante vient baigner la peau. Tout d'abord, c'est une moiteur légère du front, des aisselles, etc., puis toute la peau s'humecte et se couvre de transpiration. Sur le front, la poitrine, les membres, on voit perler de grosses gouttes de sueur qui deviennent de plus en plus abondantes et ne tardent pas à ruisseler de toutes parts. Tout le linge et même le lit en sont inondés.

A ce moment les symptômes s'amendent; la céphalalgie, l'anxiété, les douleurs disparaissent; la soif se calme; le pouls se ralentit et s'assouplit. L'urine devenue épaisse dépose un sédiment abondant d'urates.

La température du corps, qui s'est abaissée progressivement pendant toute la période de transpiration, est redescendue au chiffre normal. L'accès de fièvre est terminé. Cette dernière crise dure en moyenne de deux à quatre heures.

La plupart des malades tombent alors dans un sommeil paisible et réparateur d'où, quelques heures après, ils se réveillent encore un peu fatigués et courbatus, mais en état de santé.

Telle est la marche habituelle de l'accès de fièvre intermittente simple, régulier, commun. Cet accès

peut être unique, surtout si le malade s'éloigne immédiatement du foyer de l'infection; le cas toutefois est rare. D'habitude, après une période d'apyrexie dont la durée est variable, un nouvel accès se reproduit.

La durée de l'intervalle qui sépare les accès détermine le *rhythme* ou *type* de la fièvre intermittente. Le *type quotidien* présente tous les jours un accès revenant à peu près à la même heure, ayant une intensité et une durée analogues. Le *type tierce* tous les deux jours. — Un jour d'apyrexie, un jour de fièvre. Le *type quarte* tous les trois jours. — Deux jours consécutifs d'apyrexie, un jour de fièvre et ainsi successivement.

A côté de ces types fondamentaux, on peut encore signaler comme dérivant des formes primitives :

1° le *type double quotidien*, deux accès par jour, l'un fort au matin, l'autre plus faible vers le soir

2° le *type double tierce*, le 1^{er} et le 3^{me} jour, accès forts; le 2^{me} et le 4^{me} jour, accès faibles. Cette différence de l'accès d'un jour à l'autre distingue le type double tierce du type quotidien.

3° le *type double quarte*, le 1^{er} et le 4^{me} jour, accès forts; le 2^{me} et le 5^{me} jour, accès faibles. — Apyrexie le 3^{me} et le 6^{me} jour.

On appelle *doublé* le type non quotidien qui, aux jours fébriles, présente deux accès au lieu d'un: *triplé*, celui qui dans les mêmes conditions en présente trois.

A côté de ces formes principales, une foule d'autres rythmes que les auteurs se sont plu à multiplier avec une subtilité exagérée et sans aucun intérêt pratique. Telles sont les fièvres quintanes, septanes, octanes (accès tous les cinq, sept et huit jours), etc...

Dans nos climats le type tierce est le plus commun; le type quotidien vient ensuite. L'heure des accès semble varier avec les formes.

Ainsi d'habitude, la fièvre quotidienne a ses accès le matin, la fièvre tierce vers le milieu du jour et la fièvre quarte vers le soir. Le type double n'est jamais primitif: il ne s'établit qu'après un certain nombre d'accès et appartient surtout aux récidives.

Le type quarte est également le résultat d'un changement dans le rythme initial. C'est le plus tenace de tous et celui qui se relie le plus fréquemment à la cachexie. C'est pour cela que cette forme de fièvre est considérée comme la plus fâcheuse.

Les fièvres intermittentes sont parfois d'une régularité parfaite: d'ordinaire cependant les accès avancent ou retardent sur l'heure périodique.

A défaut de traitement, les accès ont une tendance à se rapprocher de plus en plus et à prendre la forme rémittente. Le traitement au contraire éloigne les accès. C'est toujours un signe favorable.

La fièvre intermittente simple est une maladie longue, tenace, mais d'ailleurs sans gravité immé-

diante. Elle peut se guérir spontanément si le malade est soustrait à l'infection paludéenne.

Lorsqu'au contraire, le malade continue à résider dans les localités à malaria et ne se traite pas, la fièvre s'éternise. Elle peut bien cesser pour un temps, aux époques où les émanations maremmatiques sont au minimum, mais elle reparaît avec les saisons malsaines. Le patient traîne ainsi avec des accès plus ou moins bien réglés jusqu'au jour où la cachexie se déclare.