

met de me consacrer dans cette seconde partie plus spécialement à l'étude clinique générale de la malaria et d'exposer, sans de trop longs détails, la manière d'être de cette maladie.

COMPLICATIONS GASTRO-INTESTINALES ET HÉPATIQUES DE LA MALARIA AIGUE.

I ^o Complication gastrique :	<ul style="list-style-type: none"> 1^o Gastralgie (phénomènes congestifs simples). 2^o Embarras gastrique non fébrile. 3^o Embarras gastrique fébrile. 	
II ^o Complication intestinale légère :	<ul style="list-style-type: none"> 1^o Phénomènes congestifs : 2^o Congestion et véritable phlegmasie intestinale donnant lieu au tableau clinique habituel de 	<ul style="list-style-type: none"> Entéralgie. Pentérite vulgaire Pentérite folliculaire la colite simple
III ^o Complication intestinale grave :	<ul style="list-style-type: none"> à la congestion et à la phlegmasie s'ajoutent des ulcérations plus ou moins étendues du petit et du gros intestin. Cette complication rappelle les tableaux cliniques suivants de : 	<ul style="list-style-type: none"> la fièvre typhoïde l'entéro-colite membraneuse la dysenterie du choléra.
IV ^o Complication hépatique légère :	<ul style="list-style-type: none"> simple congestion, rappelant le tableau clinique de 	<ul style="list-style-type: none"> la congestion hépatique l'hépatalgie
V ^o Complication hépatique de moyenne intensité :	<ul style="list-style-type: none"> à la congestion se joint un véritable processus phlegmasique rappelant le tableau clinique de 	<ul style="list-style-type: none"> l'angiocholite l'hépatite légère (forme hépatogénétique.)
VI ^o Complication hépatique grave.	<ul style="list-style-type: none"> La phlegmasie est intense et étendue. Elle aboutit parfois à l'insuffisance hépatique. Dans cette forme, on observe un tableau clinique rappelant : 	<ul style="list-style-type: none"> l'ictère grave la fièvre jaune.

COMPLICATION GASTRIQUE.

A.) EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE.

Dans cette complication le début peut être à grand fracas : grande température (39° à 40°), céphalalgie, courbatures, langue saburrable, large, parfois recouverte sur toute son étendue d'un enduit blanchâtre parfois rouge sur les bords et à la pointe, d'autres fois à peine saburrable. En général, pas de vomissements, pas de diarrhée; ces deux symptômes font leur apparition, *lorsqu'il existe une certaine participation congestive du foie et de l'intestin*; et dans ces cas, les vomissements et la diarrhée affectent les caractères *bilieux*.

La fièvre est un élément constant. Elle peut être précédée de frisson, mais dans cette complication, il faut le dire, le frisson manque le plus souvent. C'est sans doute cette particularité qui lui a fait donner le nom de *fièvre chaude*. Le pouls est plus ou moins rapide suivant le degré de la fièvre. Urines fébriles ordinaires.

Lorsqu'on se trouve en présence de semblables symptômes, il est tout indiqué de faire vomir ou de purger le malade, de lui administrer de la quinine, de le mettre à la diète lactée. Soit que *la nature même* de la maladie l'exige (période originale?), soit qu'il y ait là une influence thérapeutique, voici ce qu'on observe :

La fièvre *tombe* à la normale ou offre une rémission très marquée. L'état saburral persiste. Tout n'est cependant pas fini; le soir, il se produit une nouvelle ascension du thermomètre en général moins marquée que la première fois. Pendant plusieurs jours, la fièvre oscille entre 37° 5 le matin, 38 et 38° 5 le soir. Un ou deux accès plus élevés peuvent se montrer dans le cours de la maladie, cependant que l'état gastrique s'améliore de jour en jour, que la langue, toujours humide, devient de moins en moins saburrable. La fièvre n'évolue plus qu'entre 37° le matin, 37° 5 à 37° 8 le soir, puis tombe *progressivement* à la normale ou au-dessous. On peut trouver sur les lèvres ou à la gorge des vésicules

d'herpès. L'état général reste bon pendant toute la durée de la maladie, qui peut être de 7 à 15 jours. Tel m'a paru être le type gastrique dans toute sa pureté symptomatique. J'ai déjà dit que lorsqu'il y a vomissement et diarrhée bilieuse, il y a intervention *congestive* du foie et de l'intestin. Si la fièvre reste assez élevée, que les rémissions ne soient pas bien nettes, qu'il y ait en un mot *tendance à la continuité*, il y a presque certainement *participation phlegmasique intestinale* (gastro-entérite). Je donne ici une observation qui peut servir de modèle pour cette forme. La courbe de température, comme du reste toutes celles que je retrace dans ce travail, sont d'une *rigoureuse exactitude*, car j'ai eu soin : 1° de faire prendre la température *toutes les heures nuit et jour*, si bien qu'aucune particularité n'a pu m'échapper; 2° j'ai toujours administré systématiquement de la quinine du premier au dernier jour de la maladie, si bien que l'influence malarienne n'a pu dénaturer *la courbe thermique de la complication*. On verra plus loin s'il est important d'agir de la sorte. J'ai pu, grâce à ces précautions, suivre pas à pas la maladie et j'arrive par la marche de la température à diagnostiquer *dès qu'elles se produisent*, les diverses complications organiques. *La courbe en effet est différente suivant l'organe atteint*.

Appelé à donner mes soins à une petite malade (enfant B) je constate les symptômes indiqués plus haut : voici sa courbe thermique :

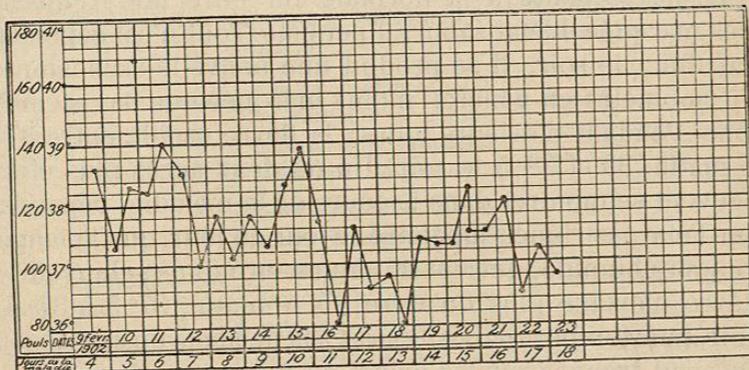


Fig. 3.

Les particularités cliniques observées chez cette enfant ont été les suivantes :

Au 6^e jour, au moment de la petite élévation thermique : langue saburrale au milieu, rouge aux bords et à la pointe. Léger gargouillement dans la fosse iliaque droite, *sans douleur*. Vésicules d'herpès sur les piliers antérieurs et rougeur assez marquée de la gorge. Pouls 120.

Il est à remarquer dans cette courbe qu'en dehors des *pics thermiques vespéraux* qui se sont produits très-nettement par trois fois dans le cours de la maladie (39° le 6^e jour; 38° 9 le 10^e jour; et 38° 2 le 15^e jour), *la température du matin est toujours un peu plus élevée que celle du soir*. Il y a lieu de se demander si cette inversion du type fébrile dans la forme gastrique n'est pas déterminée par la nature de la maladie (paludéenne).

Quoiqu'il en soit, que la complication gastrique succède immédiatement à la période originale, ou qu'elle en soit séparée par un nombre de jours plus ou moins grand, la maladie se comporte, si la quinine a été rigoureusement administrée chaque jour, comme l'embaras gastrique fébrile. Chez une autre malade, l'inversion n'existait pas : la température était toujours plus élevée le soir.

La complication gastrique fébrile évolue assez souvent dans les limites que je viens de fixer, mais ce serait une grave erreur de croire qu'il en est toujours ainsi. J'ai vu des malades, atteints de cette complication, conserver leur état gastrique pendant un mois et demi et même deux mois. Dans ces cas, la fièvre est tenace. Le matin, la température axillaire est de 37° 4, 37° 5; dans l'après-midi et dans la soirée, elle monte à 38°, 38° 5. Cette longue fièvre, malgré son peu d'élévation, jette les malades dans un état de faiblesse considérable. L'appétit est nul ou à peu près pendant toute cette période et l'insuffisance forcée de l'alimentation vient encore ajouter ses effets dépressifs à ceux de la fièvre. Certains malades, chez lesquels le foie, les reins et les intestins se trouvent pris, en même temps que l'estomac, voient les fonctions de ces organes se rétablir parfaitement, tandis que l'embaras gastrique fébrile résiste à la médication. Ces cas cependant finissent par guérir.

B.) EMBARRAS GASTRIQUE APYRÉTIQUE.

Voici une courbe extrêmement intéressante d'une fillette chez laquelle je n'ai observé durant tout le cours de la maladie, la période originale passée, que les symptômes de l'*embarras gastrique* et à différentes reprises (le 18 et le 19 mars) des *selles bilieuses fétides*. Pas de nausées ni de vomissements. Aucune douleur nulle part.

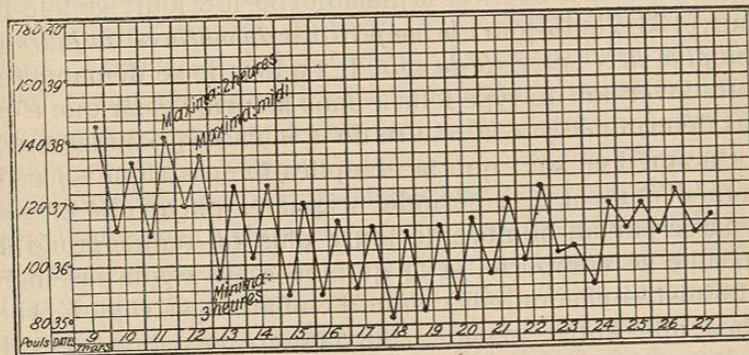


Fig. 4.

C.) COMPLICATIONS CONGESTIVES.

N'ayant aucune observation personnelle sur les formes gastralgique et entéralgique, j'emprunte leur description à CORRE : « La prédominance excessive du symptôme douleur en certaines portions de l'appareil digestif peut donner lieu aux formes *gastralgique*, *entéralgique* et *hépatalgique*. L'accès entéralgique ou gastro-entéralgique, hépatalgique comprend une partie des faits que l'ancienne école, avec FONSSAGRIVES et DUTROULAU, a rapportés à la colique sèche ou végétale et que la doctrine trop exclusive de LEFÈVRE a voulu rattacher à l'empoisonnement saturnin. Nous pensons qu'on le doit admettre. Au degré le plus faible, ce n'est que la colique simple avec constipation plus ou moins prononcée, état subfébrile ou fébrile, retours périodiques

réguliers ou irréguliers. Au degré le plus intense, c'est la colique violente, angoissante, rayonnant autour de l'ombilic, continue pendant plusieurs jours, avec rémissions et exacerbations paroxystiques; suppression des évacuations rectales, vomissements bilieux et ictère; rareté des urines, dyspnée, lipothymies, pouls misérable et précipité. »

COMPLICATIONS ENTÉRITIQUES.

1° ENTÉRITIQUE LÉGÈRE ET MOYENNE.

Dans cette complication, nous relevons un état saburral assez marqué de la langue pendant presque toute la durée de la maladie. Il y a certes, participation de l'estomac dans le processus pathologique, mais les phénomènes entéritiques occupent le premier rang. La rate n'offre rien de spécial.

Cette complication est caractérisée par la *continuité de la fièvre*. Dans la forme entéritique légère dont je m'occupe en ce moment, la température oscille entre 38° et 39° 2. Certains auteurs se refusent à admettre la continuité dans la fièvre paludéenne.

Ainsi que le prouvent d'une façon irréfutable les courbes que j'ai eu soin de dresser, la continuité existe *dans toutes les complications intestinales phlegmasiques* de la malaria; mais comme j'ai pris la peine de l'expliquer, elle n'est pas le fait de la malaria, mais la conséquence des lésions intestinales produites par cette maladie. Elle ne s'installe pas d'emblée continue. Elle est en général précédée d'une période où, par l'intermittence de la fièvre, la nature malarienne de l'affection peut être dévoilée. Les symptômes qu'il est donné d'observer rappellent ceux de l'entérite vulgaire, de l'entérite folliculaire, de la colite simple.

Ces formes légères guérissant pour ainsi dire toujours, il est assez difficile de déterminer les lésions anatomiques qui les commandent. On peut cependant dire sans crainte de se tromper beaucoup qu'elles sont celles des entérites, dont elles nous offrent le tableau clinique et que M^r A. MATHIEU

a ainsi décrites : « Rougeur plus ou moins diffuse, vascularisation exagérée dans les cas intenses ; taches ecchymotiques. La surface de la muqueuse est recouverte de mucus et même de mucus sanguinolent, lorsque l'irritation a été particulièrement intense.

Vers la fin de l'intestin grêle, on constate la saillie des follicules clos sous forme de petites éminences arrondies ou acuminées, blanchâtres ou rosées, entourées parfois d'une auréole de vascularisation. Ils peuvent être extrêmement nombreux (*psorentérie*). On les rencontre aussi parfois sur le gros intestin.

On constate aussi le gonflement des villosités intestinales et des valvules conniventes : Les plaques de PEYER sont quelquefois tuméfiées, entourées d'un cercle d'assez vive vascularisation. Dans les cas prolongés, elles prennent l'aspect *barbe rasée* que l'on a surtout décrit à la suite de la fièvre typhoïde. »

La forme entéritique légère et moyenne se combine volontiers avec les manifestations hépatiques si fréquentes de malaria. Fait intéressant, que j'ai noté dans bien des observations, la courbe thermique de la complication entéritique domine alors et masque celle de la manifestation hépatique. Dès que la manifestation intestinale approche de son déclin, la forme de la courbe thermique change absolument d'aspect : on n'a plus une continue, mais une rémittente franche ou de grandes oscillations, qui font varier la température de 37° à 39° et même plus. Dans certaines courbes publiées plus loin, je signalerai ce fait.

La fièvre continue entéritique peut cependant persister, une fois établie, jusqu'à la fin de la maladie, ainsi que le prouvent les deux courbes thermiques que je donne de cette complication.

La figure 5 représente la courbe thermique d'un enfant F. P., âgé de 8 ans, soigné par M^r le Dr VICTOR BOYER. L'enfant fut vu le 3^e jour de la maladie. Celle-ci débuta brusquement par un grand frisson, suivi de fièvre.

Que se passa-t-il ces trois premiers jours ? La fièvre fut-elle continue d'emblée ou y eut-il intermittence ? La seconde

hypothèse me paraît-il la plus vraisemblable. Si la fièvre n'avait pas cédé au bout d'un certain nombre d'heures, on aurait appelé le médecin avant le 3^e jour. On s'est décidé à le faire tardivement à cause de la répétition des accès.

La période originale chez ce malade a pris fin le 4^e jour par une dernière rémission (37° 6). Dans ce cas, la complication intestinale s'est établie immédiatement après la période originale. Aucune période apyrétique n'a séparé ces deux périodes de la maladie, comme cela se voit parfois.

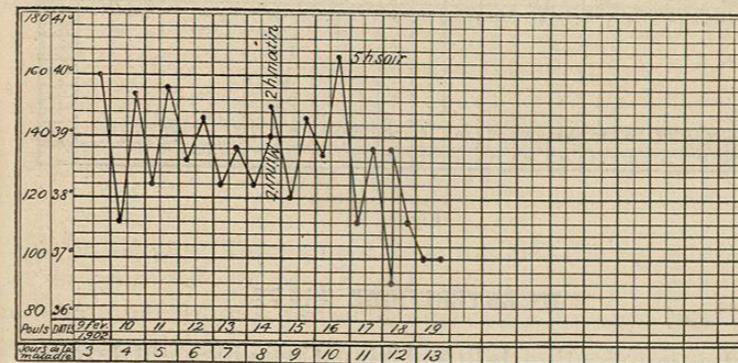


Fig. 5.

La figure 6 représente un cas de complication entéritique de moyenne intensité.

Cette complication, comme dans l'exemple précédent, s'est montrée immédiatement après la période originale constituée par des accès franchement intermittents.

Le dernier accès s'est produit le 10^e jour de la maladie. Il a été assez long, puisque la dernière rémission n'a eu lieu que le matin du 12^e jour.

Il est à remarquer que dans ce cas, comme dans le précédent, il y a eu *déferescence brusque*. Dans l'un et l'autre cas, on observe le jour suivant une légère ascension thermique, puis la température revient définitivement à la normale.

Ces deux cas méritent d'être placés; ainsi que je l'ai fait, parmi les complications entéritiques peu sévères, moins à cause du degré de la température, que de la courte durée de la maladie et du peu d'intensité des symptômes généraux.

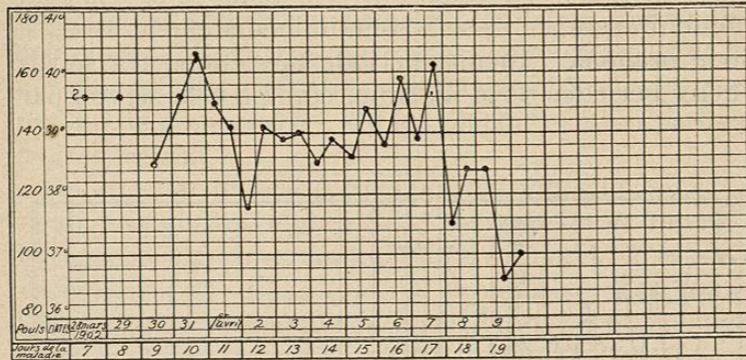


Fig. 6.

II° ENTÉRITIQUE GRAVE.

Cette complication de la malaria est certainement de toutes la plus intéressante et par ses allures et par les grandes discussions doctrinales auxquelles elle peut donner naissance. Elle a, comme la précédente, pour caractéristique l'apparition, après la période originale de la maladie, d'une fièvre continue. Dans certains cas, la fièvre brusque et élevée reste ainsi un temps fort long. C'est ce que j'ai décrit sous le nom de complication entéritique subintrante ou de complication distante de la période originale. Je le répète encore, cette fièvre continue n'est pas la malaria proprement dite; elle est due à l'intensité de la complication intestinale produite par la malaria. La forme entéritique grave de la malaria se distingue de la précédente (légère et moyenne) par le degré de l'élévation thermique, par la longue durée de la maladie, par une tendance manifeste à la typhisation et par les graves complications qu'elle peut déterminer.

Suivant la localisation des lésions, cette forme peut revêtir

des allures cliniques différentes. Elle ressemble tantôt à la fièvre typhoïde, tantôt à la colite membraneuse, tantôt à la dysenterie, tantôt au choléra.

Les lésions anatomo-pathologiques qu'on est susceptible d'y rencontrer sont ou peuvent être les mêmes que l'on rencontre dans ces différentes affections. J'ai longuement insisté sur ce fait et je suis arrivé par l'observation et l'expérience à ne plus admettre, comme Mr le professeur CHANTEMESSE du reste, que la lésion des plaques de PEYER (tuméfaction et ulcération) soit, ainsi qu'on le croit trop souvent, ainsi que je l'ai cru moi-même longtemps par suggestion doctrinale, pathognomonique de la fièvre typhoïde.

DESCRIPTION CLINIQUE DE LA COMPLICATION

ENTÉRITIQUE GRAVE.

La forme entéritique grave de la malaria est caractérisée par la continuité de la fièvre. Pendant toute la durée de cette complication, la fièvre ne descend pour ainsi dire pas au dessous de 38°; elle se tient le plus souvent entre 38° 8 et 40° et se signale par le peu d'étendue des oscillations. La complication entéritique grave ne s'installe pas en général d'emblée, elle est précédée le plus souvent d'une période originale bien nette où la nature paludéenne de l'affection est facilement dévoilée. En certains cas, l'entérite grave est précédée également d'une période où il est donné de constater les manifestations d'une entérite ou d'une entérocolite plus ou moins légère. Il est à noter que cette forme grave peut être observée à l'état de pureté, telle qu'on le voit dans l'observation de l'enfant MARCELLE, fig. 11; mais le plus souvent, cette forme semble disparaître et faire place à une complication hépatique plus ou moins grave. Parfois, elle en est séparée par une période de longue rémission, telle qu'on le voit dans la fig. 8 (36 heures). D'autres fois, une athermie passagère ou une courte rémission sépare les deux périodes. Pendant la durée de la poussée entéritique grave,

on observe une langue plus ou moins saburrale, parfois rouge sur les bords et à la pointe. Dans certains cas, elle se dépouille de son épithélium, devient rouge. On constate que les lèvres sont sèches, fendillées; les gencives tuméfiées et rouges. La cavité buccale et le pharynx peuvent être le siège d'une éruption aphteuse ou herpétique. Dans les cas les plus sévères, ceux où il se forme une véritable typhisation, la langue peut être sèche, noire, rôtie. Du côté de l'estomac peu de manifestations en général. Le ventre peut être douloureux, mais le siège de la douleur n'est pas fixe; tantôt elle existe autour de l'ombilic, tantôt au niveau de la fosse iliaque droite, tantôt dans la fosse iliaque gauche ou le long du transverse. Le gargouillement dans la fosse iliaque droite est inconstant. Le ventre reste souple et parfois indolore pendant toute la durée de la maladie. Ce n'est que dans les cas prolongés que l'on observe, à un moment donné, un certain degré de météorisme. Les taches rosées peuvent se montrer, mais ce n'est pas la règle.

Pendant la période entéritique, la constipation est assez fréquente. Elle peut alterner avec des débâcles intestinales. Les diarrhées bilieuses ne se montrent guère que lorsque le foie participe au processus morbide. Du côté des poumons, il n'existe habituellement aucun symptôme de bronchite; cependant, dans certains cas, on peut noter de la congestion pulmonaire, de la bronchite et même de la pneumonie.

Les urines sont assez rares et de couleur foncée. La peau est sèche, la transpiration disparaissant dans cette période entéritique grave. Lorsque l'amélioration commence à se faire sentir, les transpirations deviennent, au contraire, extrêmement abondantes.

L'intelligence est, en général, conservée; la stupeur, lorsqu'elle existe, n'est que passagère. Elle ne se montre un peu marquée que dans les cas très graves et prolongés. L'amaigrissement est très notable. Dans certains cas, nous avons constaté l'apparition de vergetures sur différentes parties du corps et la formation d'eschares dans la région sacrée. Les phénomènes cérébraux sont à peine dessinés,

même dans les cas très graves: délire passager, nocturne. Deux fois seulement nous avons observé de la carphologie. La durée de la complication entéritique grave varie en général de 7 à 15 jours. La poussée hépatique qui lui succède parfois prolonge un peu la maladie. Dans une de nos observations la durée de la complication entéritique grave n'a été que 3 jours. On peut considérer ce fait comme un véritable avortement de la complication entéritique grave. Dans ce dernier cas, la maladie s'est prolongée sous la forme d'une rémittente bilieuse simple.

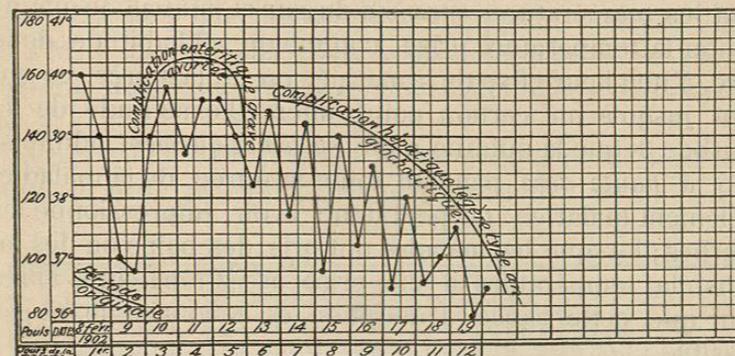


Fig. 7.

J'ai diagnostiqué la complication hépatique à cause des symptômes observés.

Il est clair qu'on pourrait considérer la fin de la courbe comme une descente en lysis.

La complication entéritique grave s'est presque toujours terminée par la guérison, toutes les fois qu'une complication hépatique grave n'a pas entraîné le dénouement fatal.

Les hémorragies intestinales et la péritonite ont été observées dans certains cas. Les hémorragies relevant d'une congestion intense ou de l'élimination des plaques et follicules intestinaux n'ont pas la même signification ni la gravité des hémorragies de la forme hépatique. La péritonite est une terminaison des plus fâcheuses.

J'ai constaté chez un enfant de 10 ans, qui avait succombé,

à Pétion-Ville, à une poussée entéritique grave et dont je fis l'autopsie, une péritonite purulente des plus considérables.

Remarque.

Quelques observations, accompagnées de courbes thermiques, prises avec toute la rigueur possible permettront de fixer la marche clinique de la complication entéritique grave de la malaria. Je ferai remarquer : 1^o que pendant toute la durée de la maladie, la température a été prise *toutes les heures*; 2^o que les températures transcrites sur les courbes sont les températures *maxima* du soir et *minima* du matin; et non la température prise, comme on a l'habitude de le faire, à une heure fixe de la matinée ou de la soirée, ce qui peut jusqu'à un certain point altérer l'exactitude de la courbe; 3^o que la quinine a été *systématiquement* administrée à *haute dose* pendant toute la durée de la maladie. L'élément malarien ne peut donc avoir impressionné les courbes; lorsque les malades ont pris des bains ou des lotions, la température a été prise assez longtemps après pour que cette cause d'altération de la courbe ne fût pas sensible.

Par conséquent, les courbes publiées représentent avec une rigoureuse exactitude la marche de la fièvre dans les complications gastro-intestinales et hépatiques de la malaria.

Voici un cas assez grave de la complication entéritique :

OBSERVATION R. A. (Enfant 7 ans.)

prise par le DR. LÉON AUDAIN.

On trouve un peu plus loin comme exemple de complication colitique non fébrile le commencement de cette observation. La maladie avait commencé par des accès intermittents francs que la quinine jugula. Après le premier stade, stade original de la maladie, nous assistons à une poussée de colite sans fièvre (Voir courbe fig. 13.) Je conseille de soustraire l'enfant à l'influence épidémique. Je l'envoie à la campagne, en voiture,

à deux lieues de la ville, par des chemins fort rocailleux. Le soir même de son arrivée la fièvre s'allume, *s'élève rapidement* à 40° et persiste *sans interruption* du 21 février au 28. Du 21 au 24, elle évolue entre 38° et 39° 5; du 24 au 28, il y a tendance à la *formation d'un plateau* dans les environs de 39° 5. A cette date, il fait une rémission qui le met à 37° 6.

De cette date 28 février au 9 Mars 1902, il fait chaque jour une *pareille rémission*, puis un accès qui s'élève parfois jusqu'à 39° 8. Les accès deviennent de moins en moins forts, d'abord 39°, puis pendant plusieurs jours consécutifs 38° 9. En même temps que ces accès sont moins élevés, ils deviennent moins violents, la température ne reste que peu de temps à son point culminant. Enfin le 8 Mars pour la première fois depuis le début de sa maladie (18 jours) la température tombe à 37° le matin. Elle s'élève le soir à 38° 3.

A partir du 9 Mars jusqu'au 12 environ, la température assez basse le matin 36°, 36° 4, monte le soir à 38°, 38° 2.

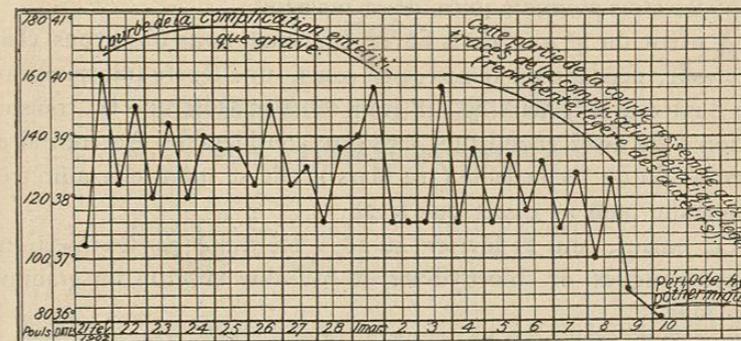


Fig. 8.

Elle disparaît à cette date et on observe ce qui suit : *basse température* 35° 5; 36°; *transpiration extrêmement abondante pendant la nuit*. Tout le linge de l'enfant, le drap, l'oreiller et le matelas sont mouillés. Les sueurs durent environ du 12 Mars au 26 et disparaissent.

Pendant toute la durée de cette longue maladie, à part un amaigrissement notable, une certaine perte de forces musculaires,