

## COMPLICATION COLITICO-HÉPATIQUE.

OBSERVATION du DR. V. BOYER.

La complication hépatique domine.

Le malade meurt en pleine urémie par insuffisance hépatique.

Le 7 Mars 1902 je fus appelé à donner des soins au malade A. C. du sexe masculin, haïtien, mulâtre, âgé de 27 ans. Je le trouvai avec 38° de température. Le foie et la rate étaient augmentés de volume; le malade avait maigri. Plus rien de spécial dans l'état général. Diagnostic: fièvre paludéenne.

Dès le troisième jour du traitement, la fièvre avait cédé complètement. Je continuai quand même les injections de quinine à la même dose pendant 10 jours et je laissai le malade guéri avec l'ordre de continuer le traitement, en prenant pendant 2 mois par série de 4 jours suivis de 4 jours de repos un cachet de quinine de 0 gr 50 centigrammes.

Le 29 Mars, je fus appelé de nouveau par A. C. J'appris que la fièvre l'avait repris depuis cinq jours, mais cette fois, m'a dit la famille, avec une allure si bénigne qu'on n'avait pas jugé nécessaire de m'appeler le 1<sup>er</sup> jour.

A l'examen, je retrouvai le foie et la rate augmentés de nouveau de volume avec langue très saburrale. Voici le tableau de la température à partir du huitième jour.

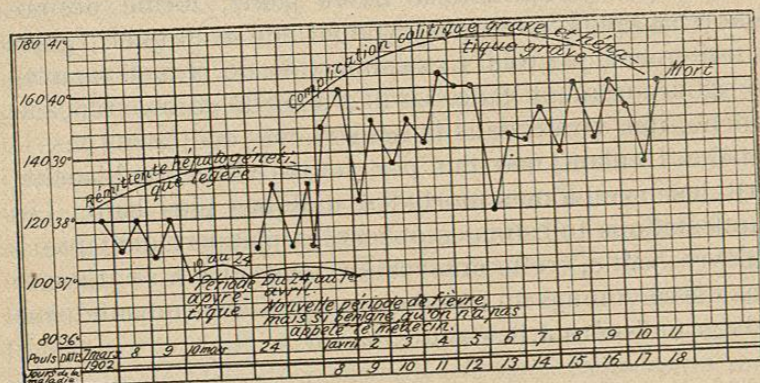


Fig. 22.

Durant cette dernière maladie, le malade A. C. jusqu'au 7<sup>e</sup> jour ne présenta, en dehors de la température qui variait entre 37° 5 et 38° 5, aucun autre phénomène morbide. Le 8<sup>e</sup> jour, la température monta brusquement dans la soirée à 40° pour tomber le lendemain matin à 38° 2. A eu de l'insomnie sans délire dans la nuit du 1<sup>er</sup> au 2 Avril. Dans la même nuit, il eut de la diarrhée qui continua dans la journée du 2 Avril, et la matinée du 3; vomissements assez fréquents: les vomissements se sont montrés surtout après l'ingestion de médicaments ou de lait. Ils étaient tantôt muqueux, tantôt aqueux. La diarrhée a été combattue par quelques prises de tanin et les vomissements par l'eau chloroformée et la révulsion à la région stomacale.

Le 5 Avril, la température se maintint pendant 12 heures à 40° avec légère agitation, et tomba à 38° le lendemain 6 Avril remonta à 40° le 8 Avril. Dès ce moment, on observe les phénomènes suivants: le malade devient plus agité, présente du délire, est loquace. La connaissance est conservée, le ventre est ballonné: météorisme; gargouillement dans les fosses iliaques, pas de douleur dans les hypocondres. Sensation de corps étranger à la gorge, langue un peu sèche, dents fuligineuses. Pas d'ictère conjonctival.

Dans la nuit du 9 au 10 Avril, le délire devient plus violent; le malade est agité, parle beaucoup; soubresaut des tendons. Le malade veut quitter son lit pour, dit-il, vaquer à ses affaires. Cette nuit là, le malade a été constamment enveloppé dans un drap mouillé pendant une demi-heure, chaque heure. Compresses glacées sur la tête en permanence. Le 10 au matin, même état.

Je demandai à la famille une consultation avec mon maître le Dr LÉON AUDAIN. Le malade qui avait toujours uriné régulièrement n'urinait plus depuis le matin. Le foie et la rate examinés de nouveau nous paraissaient diminués de volume. Je dis « paraissaient » parce que l'autopsie du cadavre a montré le contraire. Le météorisme considérable des régions hépatique et splénique explique les données inexacts de la percussion. La respiration est rapide et anxieuse.

Nombre des pulsations : 124. Pour ramener l'urination : injection de caféine, de digitaline française (un quart de milligr. par seringue) théobromine, lactose, lait. Le soir les phénomènes d'agitation et de délire loquace ne firent qu'augmenter : tremblement des membres ; les yeux sont brillants et pleureurs.

A minuit, le malade émet une quantité abondante d'urine, un demi-litre à peu près en une seule fois !

De minuit à six heures du matin, le malade a uriné 4 fois.

Dans la matinée du 11 Avril, perte de connaissance, légère *teinte ictérique* de la face. Les pieds sont en flexion forcée. Dès 10 heures et demie une série de convulsions. A onze heures, mort. Immédiatement après, il y eut une véritable débâcle intestinale. Les matières rendues contenaient des caillots de sang noirâtre. *Grandes plaques de suffusion sanguine à la région fessière, à l'hypocondre droit et sur la poitrine.*

#### NÉCROPSIE.

Taches violacées siégeant sur les fesses, la face interne des cuisses, la face antérieure de la cuisse droite et la région sous claviculaire droite et à l'hypocondre droit. Teinte ictérique des conjonctives et de la face

*Rate* : Neuf travers de doigts dans le sens transversal, huit dans le sens de la longueur. Coloration brun noirâtre à la surface ; à la coupe, coloration également noirâtre.

*Foie* : Dans le sens vertical, douze travers de doigts ; dans le sens de la largeur, huit travers. Coloration rouge brun. MACROSCOPIQUEMENT pas trace de dégénérescence graisseuse.

Examen du tube gastro-intestinal.

L'estomac est vide et n'offre rien d'anormal. LE PETIT INTESTIN SUR TOUTE SON ÉTENDUE ne présente pas trace D'ULCÉRATION NI MÊME de TRAINÉES CONGESTIVES.

Le GROS intestin sur toute sa longueur est semé D'ULCÉRATIONS. Le cœcum en est criblé et a une coloration rouge vineux.

Ces ulcérations sont de formes et de dimensions variables : depuis un grain de millet jusqu'à la largeur d'une pièce de vingt sous.

Leurs formes sont arrondies, irrégulières ou polygonales. Leurs bords sont déchiquetés ; le fond grisâtre. Hypertrophie des ganglions du méso-cœcum.

*Les reins* paraissent *macroscopiquement* normaux.

La capsule n'est pas adhérente.

OBSERVATION de l'enfant L. G.

prise par Mr. le DR. CH. MATHON.

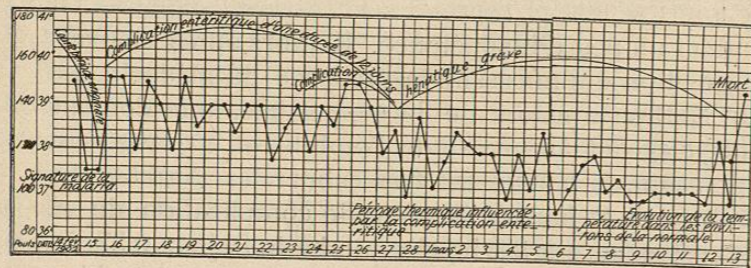
Combinaison de la forme entéritique avec la forme hépatique.

L'enfant meurt par insuffisance hépatique.

Cet enfant, âgé de 11 ans, fut vu au 3<sup>e</sup> jour de sa maladie, vendredi 31 Janvier 1902. L'état général est bon ; l'enfant se plaint de mal de tête et de douleur de ventre. Langue saburrale. Il eut ce jour même une épistaxis. Température 39° 8. Le 4<sup>e</sup> jour, même état ; langue moins saburrale, disparition de la céphalalgie et des douleurs de ventre. L'enfant avait pris un vomitif et de la quinine. Le 5<sup>e</sup> jour la température tombe 37° 4 le matin ; 37° 2 le soir. Pour le 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> jour la température a été de 37° 6. L'enfant considéré comme guéri se lève et reprend ses travaux scolaires. Il a cependant un peu d'inappétence. 10 jours après, nouvelle indisposition qui nécessite la présence du médecin. Le Docteur Mathon constate de la céphalalgie, une douleur de ventre siégeant au niveau de l'ombilic et s'exaspérant par la pression, la langue est très saburrale, *diarrhée*. La température, le 2<sup>e</sup> jour de la nouvelle complication de la maladie, est encore à 39° 5 ; elle tombe le 3<sup>e</sup> jour à 37° 5 ; mais remonte à 39° 6 et *devient continue*. La diarrhée, bien que moins fréquente, persiste ainsi que la douleur de ventre. La langue est toujours très chargée. Il existe un peu de météorisme. Le 5<sup>e</sup> jour l'enfant est abattu ; il a une toux légère ; la diarrhée a cessé. Cependant l'enfant rend avec les lavements *des débris de muqueuse*. Le 6<sup>e</sup> jour, on constate que le foie et la rate sont hypertrophiés. Les 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> jours, on note avec la fièvre un état général mauvais : le

pouls est à 130 ; le météorisme persiste. Le 10<sup>e</sup> jour, un *grand frisson* se déclare vers onze heures du matin, hoquet, pouls 136. Le 11<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> jour même état ; le pouls monte à 150. Le 13<sup>e</sup> jour, *grand frisson, vomissement noir pendant la journée, vomissement muqueux la nuit, l'enfant urine très peu*. Le 14<sup>e</sup> et 15<sup>e</sup> jour, état général très mauvais, apparition d'une eschare au sacrum. Le 16<sup>e</sup> jour, la température tombe à 37° ; il semble qu'il y ait une légère amélioration, le ventre est souple, l'enfant transpire ; cependant il reste somnolent ; la température s'élève la nuit à 39° 5. La nuit est mauvaise. L'enfant est agité, il est repris de vomissements. Du 18<sup>e</sup> au 22<sup>e</sup> jour, une amélioration légère se produit ; l'enfant est moins indifférent à ce qui se passe autour de lui, il urine bien. Le pouls tombe à 120. Le 23<sup>e</sup> jour de la maladie, l'enfant accuse une douleur à l'hypocondre droit, nous constatons que cette région est œdématiée et que le foie est volumineux.

Le 24<sup>e</sup> et le 25<sup>e</sup> jour, délire dans la journée et somnolence, puis carphologie. Le 26<sup>e</sup> jour, grand abattement, *vomissement de sang*. Le 27<sup>e</sup> jour état général mauvais. Le 28<sup>e</sup> jour, le malade est prostré. Dans la nuit du 28<sup>e</sup> au 29<sup>e</sup>, vomissements bilieux. Coma. 30<sup>e</sup> jour, mort en hyperthermie.



La première poussée et la période apyrétique ne figurent pas sur cette courbe où on ne voit que la 2<sup>me</sup> atteinte.

Fig. 23.

*Autopsie.* 6 heures après la mort.

La muqueuse de l'estomac est fortement hyperémisée et présente sur presque toute sa surface un *piqueté hémorragique*.

*Foie* : capsule légèrement adhérente ; l'organe est légèrement augmenté de volume ; sa coloration est à peu

près normale ; à la coupe on trouve de *petits points hémorragiques*. La vésicule ne présente rien de particulier.

*Rate* : conformation extérieure normale. Coloration *légèrement ardoisée*.

*Intestin* : Sur tout le parcours de l'intestin grêle existe un piqueté hémorragique ; vers l'iléon on trouve *quelques ulcérations*. Légère tuméfaction des ganglions mésentériques.

*Remarque.* Je n'ai malheureusement pas assisté à cette autopsie, très incomplète, comme on peut le voir. Elle l'a été parce que quelques uns des médecins qui y assistaient, considérant les lésions ulcérales de l'intestin grêle comme pathognomoniques de la fièvre typhoïde, ne crurent pas utile de la pousser plus loin et n'examinèrent même pas le *gros intestin* ; cependant, la constatation de débris de muqueuse dans les garde-robes du malade devait laisser supposer quelques lésions du côté de cet organe. Si nous faisons abstraction de la marche clinique de la maladie qui n'a pas été du tout celle de la fièvre typhoïde, nous trouvons des lésions qui n'appartiennent pas non plus à cette maladie (conformation extérieure de la rate, coloration légèrement ardoisée) d'autre part certaines lésions témoignent qu'il y a eu complication hépatique grave : augmentation du volume de l'organe, adhérence de la capsule, foyers hémorragiques miliaires disséminés dans le parenchyme hépatique. A noter également la vascularisation interne de la muqueuse stomacale et de l'intestin.

Dans cette courbe, la température a été prise seulement le matin et le soir. Ce cas, d'après la marche de la température et les symptômes observés, doit être interprété de la façon suivante :

- 1° Existence d'une période originale bien nette.
- 2° Période apyrétique de 14 jours séparant la période originale de la complication proprement dite.
- 3° Complication entérique et colitique grave de 12 à 14 jours avec température élevée et fièvre continue.
- 4° Enfin complication hépatique grave, à marche relativement lente (évolution terminale de la courbe dans les environs de la normale).

## FIÈVRE PALUDÉENNE.

Complication entéro-hépatique grave.  
Phénomènes bulbo-cérébraux.

OBSERVATION PIERRE J., prise par M<sup>r</sup> le D<sup>r</sup> DOMOND.  
( Février 1902. )

Garçon âgé de 4 ans; a eu quelques mois auparavant la coqueluche et une rougeole confluyente. Il fut pris de la fièvre dans les premiers jours de ce mois. 1<sup>er</sup> jour, température 37° 4. Etat général bon, langue légèrement saburrale. Même état général jusqu'au 5<sup>e</sup> jour. La température n'a pas dépassé 37° 5 pendant ces trois derniers jours. 5<sup>e</sup> jour, température: matin 37° 4; soir 39° 8. Nuit bonne. 7<sup>e</sup> jour, troubles vaso moteurs: placards rouges sur tout le corps. Enfant un peu accablé pendant le jour, dort mal la nuit.

8<sup>e</sup> jour, contrarié, l'enfant perd connaissance et tombe dans un état comateux. Troubles vaso-moteurs continuent. Potion tonique du cœur, etc.

9<sup>e</sup> jour, le malade rend quelques gouttes de sang par la bouche. Vomissements verdâtres. Selles entériformes. Moeléna.

10<sup>e</sup> jour, même état. Vomissements presque incoercibles, diarrhée. Température 40°. Nuit agitée. Le 11<sup>e</sup> jour, même état que celui d'hier. Nouvelle ascension thermique ( 40° ) et mort.

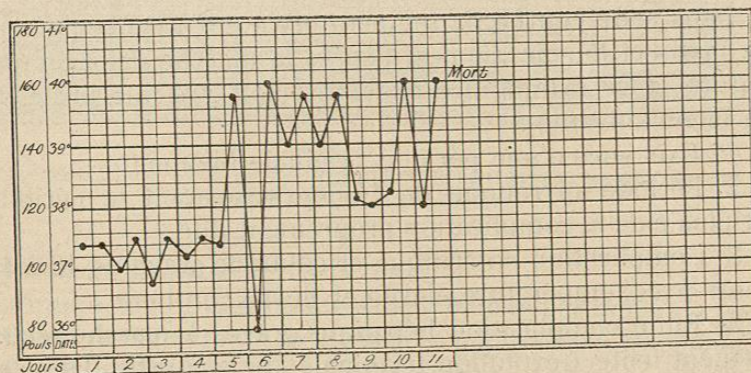


Fig. 24.

## Remarque.

Ce cas du D<sup>r</sup> DOMOND est fort intéressant. Après la période originale nettement signalée dans l'observation, nous trouvons une période apyrétique de quatre jours et demi, puis se produit une complication entéro-hépatique sur-aiguë qui occasionne la mort en cinq jours.

Ainsi qu'on le voit, si l'entéro-hépatite peut se montrer comme dans le cas que j'ai publié quelques pages plus haut comme complication *immédiate* et même *primitive*, elle peut aussi se montrer comme complication *distante* de la période originale.

## FIÈVRE PALUDÉENNE.

Complication entéro-hépatique grave; albuminurie. Mort.

Homme R. J. B.

OBSERVATION prise par le D<sup>r</sup> LÉON AUDAIN.

Appelé le 30 Janvier auprès de M<sup>r</sup> R.J.B., j'apprends qu'il a la fièvre depuis quatre jours. Le malade se plaint d'une céphalalgie violente, il peut à peine ouvrir les yeux, la lumière semblant augmenter la douleur. Langue très saburrale. Envies fréquentes de vomir; quelques efforts de vomissements. Insomnie complète. Température: 38° 3 dans la matinée; 39° 6 le soir.

Le lendemain, même état. Rien de spécial nulle part. Examen des urines: albumine en très forte proportion. Le 31 janvier, la fièvre persiste. Rate me paraît volumineuse. Toux légère. Congestion de la base des poumons.

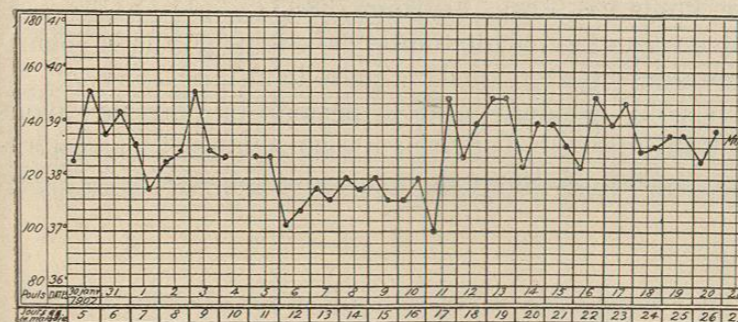


Fig. 25.

De temps à autre, diarrhée surtout marquée après l'administration du calomel. Jusqu'au 11, la température se maintient entre 37° et 38°. Pendant cette période, le malade se sent mieux. La céphalalgie s'amende; les nausées disparaissent.

La langue est restée saburrale jusqu'au 19 — deux jours avant la mort, — ou elle s'est dépouillée de son enduit blanchâtre. Région hépatique douloureuse. Quelques faux pas du cœur. Le 16, température 38° 8 le matin, 39° 5 le soir. Respiration se fait mal surtout dans la partie supérieure des poumons où je trouve une certaine matité.

La moitié inférieure est sonore, mais râles sous crépitations nombreux. Le malade se sent très faible. Il reste assoupi tout le temps. Pas de toux.

Le 18 le malade après une station assez prolongé a été pris d'un grand frisson, de dyspnée, d'expectoration bronchique abondante, expectoration rosée: râles trachéaux. Respiration 26°. Pouls faible à 125.

19. Temp. 38° 8 le matin, 38° 8 le soir. Pouls régulier 144. Respiration 30.

Hémorragie intestinale assez abondante: sang liquide, poisseux, noir comme du goudron; deux selles sanglantes. Ventre immobilisé, glace, etc.

La langue est dépouillée de son enduit. Elle est rouge.

20 (Matin). Nouvelle hémorragie intestinale: sang, mêmes caractères. Temp. 38° 3. Pouls 100. Resp. 30.

A midi. Hémorragie intestinale. Pouls 114. Resp. 28. Temp. 38° 5. Après-midi. Pouls 40. Resp. 32. Temp. 38° 9. Soir. Pouls 108. Resp. 40. Temp. 38° 5.

21 février. Le malade tombe dans le collapsus et meurt. Soubresauts des tendons à la période ultime.

Les pouls pendant toute la période où nous ne l'avons pas transcrit a été d'environ 100 pulsations et les respirations de 26 à 28. Durée de la maladie 27 jours.

## FIÈVRE PALUDÉENNE.

Complication hépatique grave tardive et insidieuse. Mort.

Enfant M. L.

OBSERVATION prise par le Dr DOMOND.

M. L., garçon de 5 ans, souffrait depuis quelque jours d'une fièvre intermittente qui ne l'obligeait pas à garder le lit. Etant donné l'épidémie régnante, je fus appelé le 11<sup>e</sup> jour, uniquement pour constater l'état de santé de l'enfant. L'examen des organes ne révèle rien de particulier. Ventre souple, région du foie et celle de la rate ne sont pas douloureuses. L'enfant souffre de céphalée et de coliques légères dans le voisinage de l'ombilic. La température prise à la région axillaire est de 38° 8 à 10 heures du matin. Le malade n'en paraît nullement affecté.

Malgré la bénignité des symptômes, j'instituai immédiatement un traitement énergique.

D'après la courbe (fig. 26) l'enfant eut après sa période originale une poussée de rémittente hépatogénétique (grandes oscillations) puis du 13<sup>e</sup> et 17<sup>e</sup> jour une complication entérique de moyenne intensité (continuité de la fièvre).

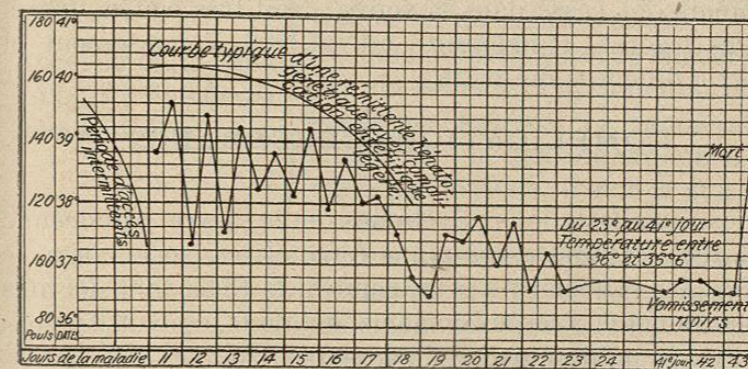


Fig. 26.

Le petit malade resta alors 23 jours sans fièvre. Il fut pris, dans l'après-midi du 18<sup>e</sup> jour de sa convalescence, 41<sup>e</sup>

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 hres 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. Persistancé 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'hébétude, 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.