Zeitschrift: Acta Tropica

Herausgeber: Schweizerisches Tropeninstitut (Basel)

Band: 1 (1944)

Heft: 3

Artikel: Miscellanea : Essai d'un nouveau traitement de la malaria pernicieuse à forme cérébrale

Autor: Perret-Gentil, A.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-309813

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 04.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Miscellanea.

Essai d'un nouveau traitement de la malaria pernicieuse à forme cérébrale.

Par A. PERRET-GENTIL.

Au médecin qui assiste souvent impuissant à ces attaques suraiguës de fièvre pernicieuse, la question d'un traitement rapide et actif se pose avec acuité. Ayant pratiqué pendant plusieurs années dans un hôpital de brousse, en Afrique, il nous est arrivé, de nombreuses fois, de voir accourir chez nous de malheureuses mères noires, nous apportant affolées leur enfant comateux, terrassé subitement sous leurs yeux. Pour avoir nous-même été douloureusement frappé par le décès d'enfants de collègues et amis, nous nous étions mis à la recherche d'une thérapeutique nouvelle et efficace.

L'apparition de cette forme grave du paludisme a été déjà bien étudiée ; on l'observe le plus souvent dans les infections au plasmodium falciparum. Si la malaria tertiane en produit surtout à la phase initiale de la maladie, la tropica, comme le soulignent encore *Nocht* et *Mayer* dans leur traité sur la Malaria, a la tendance, après quelques accès, soit à empirer et à donner des formes comateuses, soit à s'atténuer, les accès devenant, avec ou sans traitement, plus bénins.

Dans l'Afrique orientale portugaise, où ce traitement a été essayé en 1938, déjà, il est difficile de savoir dans quelles proportions apparaît cette complication. Les indigènes, souvent très éloignés des hôpitaux, n'ont parfois pas le temps de transporter leurs malades dans les établissements hospitaliers.

On sait qu'à l'examen du sang, au cours d'une pernicieuse cérébrale, on décèle parfois peu de parasites dans le sang périphérique. Il arrive cependant alors de rencontrer sous le microscope des formes de division si rares dans la malaria tropica que de nombreux auteurs considèrent cette trouvaille comme un signe de particulière gravité. Ils estiment que cette découverte dans le sang circulant est une indication nette à faire intervenir un traitement particulièrement énergique.

Si les victimes sont surtout des enfants, les adultes n'en sont pourtant pas à l'abri. Certains facteurs y prédisposent : sensibilité spéciale du sujet, insolation, misère physiologique, alcoolisme, surmenage. L'éspèce plasmodiale, l'intensité de l'infection et sa toxicité spéciale (*Lorando*) favorisent son éclosion.

Au sujet de l'évolution de l'infection chez les enfants, tous les médecins coloniaux ont vérifié la justesse des particularités que *Nocht* et *Mayer* résument : le stade de frisson et de transpiration peut manquer, la température n'est pas toujours très haute, la fièvre peut apparaître de nuit et passer inaperçue. « Les enfants sont sans vie, apathiques, pleurnichards, abattus, le teint est gris, la peau froide. Les accès se succèdent sans être reconnus et les enfants deviennent peu à peu misérables et anémiques ; une splénomégalie considérable se développe. » C'est alors qu'après ce stade d'évolution sournoise peut se déclarer brusquement une pernicieuse.

L'anatomo-pathologie a permis de constater à l'examen du cerveau des hémorragies punctiformes à localisations variées. Limitées, elles peuvent provo-

quer des aphasies, des apraxies, des symptômes extra-pyramidaux. *Commessati* a décrit à l'examen microscopique, des lésions caractéristiques, correspondant à ce que *Dürck* appelle l'encéphalite hémorragique. Il a trouvé des foyers de ramollissement dans le corps calleux chez un enfant et chez un adulte, dans le cortex. On a constaté aussi que ces formes pernicieuses de tropica correspondent à une accumulation de parasites dans un organe, qu'ils s'y multiplient en abondance et peuvent thromboser complètement les petits vaisseaux. On s'explique alors aisément la gravité des troubles que de telles lésions causent dans un cerveau.

L'accès déclaré, le malade est très abattu, congestionné, inconscient, dyspnéique. Des symptômes méningés apparaissent : raideur de la nuque, strabisme, convulsions, et la mort peut survenir dans le coma.

On est donc en droit de déduire des constatations précédentes que l'action néfaste de ce genre de fièvre dépend de deux facteurs : tout d'abord du degré massif de l'infection, puis des troubles circulatoires aigus localisés dans les centres nerveux. La circulation méningée et cérébrale est, en effet, profondément altérée, la congestion est intense, thromboses, hémorragies punctiformes, hyperémie, stase, causent une perturbation anatomique et fonctionnelle grave.

Il paraît donc indiqué de combattre simultanément ces deux facteurs, et l'on pourrait même affirmer que dans certains cas il n'est pas illogique de faire passer le traitement symptomatique avant le traitement spécifique.

La thérapeutique courante est assez limitée. Plusieurs auteurs, par ailleurs assez méfiants à l'égard des injections intra-veineuses de quinine qui peuvent provoquer de sérieux accidents, les recommandent pour leur action plus énergique que celle des intra-musculaires. On a préconisé les injections de sérum physiologique adrénaliné dans les veines, celles de Neosalvarsan, de bleu de méthylène, d'hectine. On a instinctivement recours aux procédés décongestionnants empiriques : ventouses sur les mastoïdes, application de glace sur la tête, drastiques, etc. Leur efficacité n'est pas prouvée et l'inconstance de réactions favorables et rapides de l'organisme ne permet pas d'accorder un grand crédit à ce genre d'intervention.

Lorando, dans une communication à la société de Pathologie exotique, conseille « pour éviter l'augmentation de déchets parasitaires, cause d'embolie possible, de ne pas injecter de quinine avant d'avoir diminué la pression intra-cranienne, en retirant 200 cc. de liquide céphalo-rachidien.

Nocht et *Mayer*, en parlant des manifestations méningitiques, disent qu'une ponction lombaire ou mieux, une ponction cisternale, peut avoir une action favorable.

Devant le peu d'efficacité de ces moyens, il nous est venu à l'idée, en lisant dans la Revue médicale de la Suisse romande du 25 novembre 1936, l'article du docteur *Rossier* de Lausanne : « Contribution à l'étude des traumatismes craniens », d'essayer le même traitement que celui qu'il préconise pour combattre l'œdème cérébral. Confirmant les travaux de plusieurs neuro-chirurgiens et y ajoutant de nombreuses observations personnelles, l'auteur relate les effets heureux du « traitement deshydratant » comportant des injections intra-veineuses de sérum glycosé à 50 % et des lavements au sulfate de magnésie (4 g.). Ces injections hypertoniques soustraient du liquide aux tissus, tandis que les purges et lavements l'éliminent de l'organisme. Cet état de deshydratation est maintenu par une diète pauvre en liquide.

A première vue il peut sembler illogique d'appliquer un même traitement à deux processus pathologiques de causes fort dissemblables. Mais si les causes sont différentes, les effets ont quelque analogie. Dans l'œdème cérébral traumatique, on insiste sur les troubles vaso-moteurs ; « extravasion de liquide du

côté artériel du réseau capillaire », on en explique le mécanisme par les hémorragies, la compression veineuse, la transsudation capillaire ; on parle de thrombi, d'infarcti. L'équilibre entre le liquide céphalo-rachidien et la circulation cérébro-méningée est rompu. Certains auteurs admettent la notion de méningite séreuse aiguë traumatique. L'accumulation des parasites dans les petits vaissaux, les thromboses, les hémorragies punctiformes, la congection des tissus séreux et parenchymateux, s'ils ne produisent pas un œdème comparable à celui des traumatismes, créent un déséquilibre hydrostatique un peu analogue.

La technique que nous avions établie pour nos essais de traitement était la suivante.

1° injection intraveineuse de quinine, d'emblée (ou intra-musculaire pour les enfants) ;

2° pratiquer sans tarder une injection intraveineuse de sérum glycosé à 50 % de 20 a 50 cc., à répéter toutes les 3 ou 4 heures, suivie d'un lavement peu volumineux au sulfate de magnésie que l'on fera alterner avec les injections ;

3° s'il ne se produit pas d'amélioration après quelques heures, tenter une ponction lombaire ;

4° compléter la thérapeutique en recourant aux enveloppements et bains chauds à l'infusion de tilleul, aux ventouses à l'occiput et aux mastoïdes, aux enveloppements sinapisés des jambes, à la glace sur la tête ;

5° administrer des toniques cardiaques et respiratoires, des diurétiques ;

6° maintenir un énergique traitement spécifique par des injections de quinine ou d'atébrine.

La première fois que nous avons essayé ce traitement sur un enfant d'une année, la garde-malade le tenait couché sur ses genoux, il était absolument inconscient, raide et en proie à des convulsions ; nous avons vu ce petit malade, dès la fin de l'injection, se détendre, se remettre à respirer plus tranquillement, les convulsions cesser. Le changement fut aussi rapide que complet. Le Dr *Rossier* cite d'ailleurs aussi de ces améliorations surprenantes apparues rapidement, dans un cas en trois minutes, chez un enfant de trois ans ; la modification du tableau clinique fut complète.

Un retour précipité en Suisse, puis la guerre, nous ont empêché de correspondre avec les confrères auxquels nous avions laissé le soin d'expérimenter ce traitement. Sur les quelque douze cas que nous avons personnellement soignés ainsi, la majorité ont présenté une amélioration nette et plus de la moitié se sont guéris. Nous avons appris aussi que nos confrères utilisaient ce procédé et qu'en particulier un d'eux avait soigné avec succès la sœur d'un des cas mortels qui nous avaient poussé à faire des recherches dans ce domaine.

Il nous a semblé qu'il serait utile de signaler ces essais, même avant que nous soyons en possession de plus amples documents, pour que des recherches plus étendues soient entreprises et permettent peut-être d'établir une méthode de traitement efficace pour une maladie qui a un si mauvais pronostic.