

l'autopsie, on constate une gangrène étendue du cœcum, du colon et parfois des ulcérations de l'intestin grêle à sa partie inférieure.

SCORBUT. — Les malades souffrant du scorbut sont particulièrement sujets à contracter la dysenterie. La dysenterie survenant chez un scorbutique est toujours plus grave à cause de sa tendance à prendre la forme gangréneuse; mais les épreintes, le ténesme sont moins grands que dans la dysenterie simple ou gangréneuse; les selles sont moins fréquentes mais plus copieuses. Lorsque la maladie se prolonge, il y a une grande prostration; la peau est pâle, blême, plombée et l'on constate en même temps l'état particulier des gencives et la présence d'extravasations hémorragiques sous la peau ou dans le tissu conjonctif.

RHUMATISME. — On ne rencontre jamais la forme rhumatismale de la dysenterie sous les tropiques, au moins sous la forme décrite par beaucoup d'auteurs. Il faut rapporter à cette forme les *arthralgies* d'un certain nombre de malades (arthrites infectieuses), qui sont plutôt des complications, provenant de la contamination secondaire qui prend son origine dans l'intestin.

SEPTICÉMIE. — Il faut rapporter à cette association, les formes de dysenterie connues sous le nom de *typhoïde* ou *maligne* et qui sont dues à l'action d'un poison septique.

Il se produit dans ce cas un état typhique caractérisé par des frissons, de la fièvre, de la prostration, de la stupeur, du subdélire, langue sèche et fuligineuse; parfois de la parotidite, des abcès diffus dans différentes parties du corps et de la péritonite suppurée.

Ces associations se rencontrent à l'état sporadique, mais plus souvent dans les camps, les armées, les cités populeuses, là où les conditions hygiéniques sont les plus mauvaises.

FIÈVRE TYPHOÏDE. — On observe cette association, parfois dans la convalescence de la fièvre typhoïde, ou celle de la dysenterie. L'éclosion simultanée des deux maladies a été observée exceptionnellement pendant les épidémies. Les symptômes sont alors combinés et simultanés, mais peu à peu les symptômes dysentériques cèdent le pas à ceux de la fièvre typhoïde. Cette association est toujours d'une gravité exceptionnelle.

2. COMPLICATIONS. — Nous avons déjà signalé un certain nombre de complications, comme l'hémorragie, la péritonite, la *providence du rectum*, la *paraproctite*, la *paratyphlite*, l'hépatite suppurée, l'érysipèle, la thrombose hémorroïdale, la pyémie et la septicémie.

On rencontre plus rarement, et seulement dans la dysenterie chronique, les *épanchements séreux dans les plèvres* et le *péricarde*, l'*œdème pulmonaire*, la *thrombose veineuse* de l'encéphale.

Une des complications fréquentes de la dysenterie, c'est l'affection fonctionnelle ou organique du foie. Il est rare de trouver à l'autopsie d'un

dysentérique le foie à l'état normal. Béranger-Féraud (1), sur 411 autopsies faites au Sénégal, a trouvé 313 fois (76.1 %) des altérations *macroscopiques* du foie. Dans 39 % de ces cas, l'altération était de l'hypertrophie, du ramollissement ou de la congestion; dans 46 % des cas, les lésions étaient constituées par des abcès. Cet auteur résume ses observations en disant que dans les cas de dysenterie confirmée, il n'a jamais trouvé le foie normal soit macroscopiquement, soit microscopiquement.

Les désordres fonctionnels ou organiques du foie, dans le cours de la dysenterie, se traduisent par des nausées, des vomissements bilieux, des selles jaunes et vertes, une tension dans l'hypocondre droit, et parfois de la douleur à la pression. Souvent aussi l'urine contient du pigment biliaire et les conjonctives et la peau sont ictériques. L'hépatite peut procéder, accompagner ou suivre la dysenterie. Elle reconnaît aussi la même cause morbifique.

3. *SUITES*. — Nous mentionnerons comme *suites* de la dysenterie :

La *diarrhée* est souvent une terminaison de la forme aiguë de la dysenterie.

L'*occlusion intestinale* peut survenir par rétrécissement cicatriciel ou hypertrophique des tuniques de l'intestin.

Diverses *paralysies* dont la pathogénie est obscure et probablement de nature réflexe ont été aussi constatées comme suites de la dysenterie; ainsi la paralysie des membres supérieurs et inférieurs, celle du sphincter de l'anus, celle de la vessie, de la langue et de la face. Ces paralysies sont rarement observées; elles doivent être analogues aux paralysies que l'on observe parfois à la suite de la diphtérie.

L'*anémie* et l'*hydropisie*, surtout l'œdème des extrémités inférieures, sont des suites qui apparaissent comme la conséquence des attaques prolongées de la maladie chez les sujets cachectiques, principalement chez ceux qui ont souffert de la malaria ou du scorbut. Ces états sont encore plus fréquents dans le cours de la dysenterie chronique.

*RECHUTES*. — Les rechutes de la dysenterie sont fréquentes et résultent souvent d'écarts de régime, de l'exposition au froid, pendant la convalescence, spécialement chez ceux dont la constitution est affaiblie par une maladie antérieure, par l'abus de l'alcool, ou par une longue résidence dans les pays tropicaux. Le danger des rechutes est en raison directe du nombre des attaques antérieures.

(1) BÉRANGER FÉRAUD, *Maladies des Européens au Sénégal et à la Martinique*, Paris, 1853. — *Traité théorique et clinique de la dysenterie*, Paris, 1853.

## MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON.

La maladie a une *marche* aiguë, subaiguë ou chronique. Dans la forme simple, aiguë, elle a une *durée* moyenne de cinq à dix jours; mais, dans plusieurs cas, une diarrhée légère succède à la dysenterie et prolonge plus ou moins, en le transformant, l'état morbide. La tendance à la guérison se manifeste par une diminution progressive dans le nombre des selles, qui deviennent aussi moins douloureuses et plus fécaloïdes. Quand le malade revient à la santé c'est généralement après une ou deux rechutes. Dans ce cas, l'affection dure une ou deux semaines.

Dans la *forme gangréneuse* d'emblée, la *marche* est plus rapide. Et, en effet, l'acuité des symptômes est telle que l'affection ne peut persister au delà de quelques jours, sans avoir sa détermination, sous la forme d'une amélioration ou d'une aggravation nettement dessinée.

Dans les formes graves, la *durée* de la maladie est de quelques jours à un ou deux septénaires. La mort arrive rarement avant le huitième ou le neuvième jour; mais elle peut survenir plus tôt par le fait d'une complication ou de la gangrène. Dans certaines épidémies, un assez grand nombre de malades succombent dès le troisième jour. La convalescence dans les cas heureux est souvent pénible, longue et difficile.

La forme parasitaire de la dysenterie a une *marche* aiguë; mais avec tendance à la chronicité. Elle a une *durée* qui n'est pas inférieure à trois septénaires. La *durée* moyenne est ordinairement de six à treize septénaires. Sa *durée* peut être plus longue si la maladie passe à l'état chronique. Les cas chroniques de la dysenterie parasitaire ont une *durée* de plusieurs mois à plusieurs années. La mort survient par épuisement, maladie intercurrente, ou par une complication, principalement l'hépatite suppurée.

La *dysenterie chronique* a une *marche* rémittente. La convalescence s'établit très lentement, par une bonne hygiène et des soins persévérants; souvent avec la complication de sténose intestinale. Il se produit souvent aussi, des *rechutes aiguës*; mais dans un grand nombre de cas, les malades succombent, emportés par une cachexie progressive que double parfois une tuberculose pulmonaire, ou un œdème pulmonaire, ou par le marasme, avec fièvre hectique. La *durée* est de plusieurs mois à plusieurs années.

## PRONOSTIC ET MORTALITÉ

PRONOSTIC. — Que la maladie soit sporadique ou épidémique, le pronostic doit toujours être réservé dès le début, surtout dans les régions intertropicales. C'est, dans les pays chauds, une maladie des plus redoutables.

Nous avons vu, en effet, que les formes graves de la maladie peuvent débiter insidieusement par les symptômes de la forme simple aiguë, puis passer subitement à la forme gangréneuse qui comporte toujours un pronostic grave.

Dans l'appréciation pronostique à donner, il faudra tenir compte des conditions particulières du sujet; de la forme et des complications de la maladie, des associations qui se produisent et de la présence ou de l'absence de certains symptômes.

Les conditions individuelles qu'il faudra prendre en considération, sont l'âge, la constitution et les habitudes. L'état puerpéral augmente le danger et assombrit dans tous les cas le pronostic.

La forme simple aiguë, soignée dès le début, est rarement dangereuse; elle guérit sans drogues, par un bon régime. Il faudra bien surveiller les selles pour prévenir l'établissement de la forme gangréneuse. L'odeur gangréneuse des selles, même sans que celles-ci présentent ce caractère, est d'un mauvais augure; lorsque les selles présentent des lambeaux gangréneux, le pronostic est d'autant plus grave que la lésion gangréneuse est plus étendue en surface et en profondeur. A ce point de vue, il faudra examiner de près les lambeaux.

Les symptômes algides, typhoïdes, cholériques justifient presque toujours un pronostic défavorable. Dans la forme parasitaire, outre l'intensité des symptômes, il faudra tenir compte du nombre d'*amibes* dans les selles et de la durée de la maladie. La forme gangréneuse de la dysenterie parasitaire est moins défavorable que dans les autres formes.

L'apparition d'une chute de la température en dessous de la normale, avec refroidissement des extrémités, la cessation des épreintes et du ténésme indiquent le collapsus et la mort.

Dans les périodes avancées de la maladie, l'apparition du hoquet, les vomissements incessants, la paralysie du sphincter anal, la langue sèche, noire, fuligineuse, la stomatite aphtheuse, la fièvre, le délire, les convulsions indiquent un pronostic absolument désespéré.

L'apparition de selles féculentes est un signe favorable.

Le pronostic de la forme chronique dépend de l'intensité des symptômes, de la durée de la maladie et de l'état général du sujet.

**MORTALITÉ.** — Nous avons déjà donné précédemment quelques renseignements sur la mortalité par la dysenterie en montrant que celle-ci augmente à mesure que l'on s'approche du tropique. Voici quelques chiffres concernant la mortalité par la dysenterie dans les régions intertropicales :

PAYS	Effectifs	Morbidité	Mortalité	Mortalité	
				des effectifs	des malades
Cayenne (1831)	550 hom mes	79 cas	8	14.3	10.13
" (1854)	1500 "	302	15	2.1	4.9
Martinique et Gua- deloupe.	2500 "	?	150	6.0	"
" de 1852-72	?	?	?	"	2.8
Sénégal (1831)	400 "	?	20	5.0	"
" (1832)	500 "	?	80	16.0	"
" (1847)	670 "	?	44	6.5	"
Indes (1871-75)	"	"	"	"	3.33
Calcutta (Hôpital) (1879)	"	68	14	"	22.2
Maurice (Hôpital 1888)	"	202	45	"	22.7
(Ceylan 1885) (Hôpital)	"	1217	372	"	30.0

## DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la dysenterie aiguë et de la dysenterie chronique, de même que celui de la forme, est en général très facile et se base sur les caractères des selles qu'il faudra toujours examiner attentivement et sur les symptômes que nous avons décrits.

Le diagnostic différentiel présentera rarement de la difficulté.

**Diarrhée tropicale.** — Le diagnostic a été fait à propos de cette affection. (Voir chapitre X.)

**Rectite.** — L'inflammation du rectum qui peut être primitive, ou être une suite de la dysenterie, se distinguera par le caractère des selles qui sont normales. C'est dans l'intervalle des selles habituelles que survient l'expulsion du sang et du mucus avec un peu de ténésme. Les autres symptômes douloureux manquent et d'ailleurs l'examen au spéculum lèvera tous les doutes.

**Entérite simple.** — Il n'existe ni ténésme ni épreintes, et les caractères des selles sont différents. La marche, la durée et les symptômes diffèrent.

## TRAITEMENT

**A. Prophylactique.** — La prophylaxie est à peu près celle du typhus, notamment en ce qui concerne *l'éloignement et la désinfection des selles et l'isolement*. On la déduit des conditions étiologiques.

On cherchera avant tout à écarter l'agent contagieux. On désinfectera tous les objets à l'usage des dysentériques; les latrines seront surveillées et désinfectées soigneusement. On isolera complètement les malades. On fera usage d'une eau potable reconnue absolument pure; car c'est presque toujours l'eau qui est le véhicule de l'infection, le sol n'entrant en ligne de compte que pour autant qu'il vicie l'eau. S'il n'est pas possible de se procurer de la bonne eau, il ne faudra faire usage que d'eau bouillie, puis refroidie et aérée par le battage. C'est une précaution sur laquelle nous appelons l'attention principalement des voyageurs en Afrique. Le D<sup>r</sup> Mense (1) a remarqué que tous les cas de dysenterie qu'il a observés avaient l'eau pour origine exclusive. « Léopoldville a été exempte, dit-il, de dysenterie grâce à l'eau de source si pure qui se trouve à proximité de la station..... Les « Stanley-Falls », et les « Bangalas », notamment accusent un chiffre élevé de dysenterie. La station des Bangalas est située sur un terrain alluvial, plat et très marécageux; elle s'élève peu au-dessus du niveau du Congo. Son eau potable est riche en matières organiques et minérales. Je n'ai pas de renseignements précis sur les « Stanley-Falls », dont l'eau potable est considérée comme malsaine. Presqu'aucun des blancs habitant les « Stanley-Falls », et les « Bangalas », n'échappe à la dysenterie. »

Les cas de dysenterie que nous avons constatés avaient presque toujours pour cause l'usage d'eaux malsaines, non filtrées, ou non bouillies; parfois l'abus de certains fruits comme l'ananas, le melon d'eau, la pastèque, etc.

On cherchera à fortifier l'individu contre les attaques extérieures. On observera toute une hygiène spéciale aux pays chauds.

Il faut éviter de s'exposer au froid après une grande chaleur, de se coucher sur la terre humide, en plein air, le ventre insuffisamment couvert.

On combattra immédiatement toute constipation et toute diarrhée; au moindre indice de catarrhe d'intestin, on observera une diète stimulante, ou l'on se mettra à la diète lactée. On protégera le bas-ventre au moyen de la ceinture de flanelle. On évitera de former des agglomérations de dysentériques, qui pourraient donner lieu à un foyer rayonnant. Une vie réglée, les repas, ni trop copieux, ni trop fréquents, éviter l'abus des fruits

(1) *Op. cit.*, p. 22 et 23.

et, en général, tout ce qui peut provoquer un flux diarrhéique, porte d'appel pour la dysenterie; éviter surtout l'excès de boissons alcooliques, telles sont les principales précautions à prendre.

**B. Médical proprement dit.** — Dans la forme simple de la dysenterie aiguë, il faudra débiter par un *purgatif*. Ce moyen a pour résultat de calmer les coliques et le ténesme en substituant des selles diarrhéiques, a aux selles glaireuses, véritable crachotement intestinal; il amène presque toujours une détente marquée dans tous les accidents. On donnera l'huile de ricin (20 à 30 grammes par jour); le sulfate de soude ou de magnésie (15 à 20 grammes); le calomel (1 gramme), les doses seront répétées les jours suivants, si les accidents se reparaissent. Ce sont les seuls purgatifs à recommander, et encore il ne faut insister que pour autant qu'il s'agisse d'amener une irritation *substitutive* de l'intestin au lieu de l'inflammation pathologique.

Dans les formes plus graves, il faut toujours débiter, non par les purgatifs, mais par l'ipéca administré à la brésilienne: — On prend, dit Dujardin-Beaumez, 8 grammes d'ipéca concassé; on les met infuser dans 200 grammes d'eau: on filtre et on administre par cuillerée à bouche ces 200 grammes le premier jour. Le deuxième jour, on reprend les 8 grammes qui ont servi, et on les fait infuser de nouveau dans 200 grammes d'eau; on décante une deuxième fois et on prend cette infusion le deuxième jour; le troisième jour, toujours sur les 8 grammes, on verse 200 grammes d'eau bouillante; on ne décante pas, on mélange la racine d'ipéca avec le liquide et le tout est pris par cuillerée à bouche. ..

On peut aussi employer l'ipéca sous forme de potion :

Poudre d'ipéca 4 grammes.

Faites bouillir cinq minutes dans 300 grammes

d'eau, filtrez et ajoutez sirop d'opium	}	aa 30 grammes.
Hydrolat de canelle		

Une cuillerée à bouche, d'heure en heure.

Fayrer (1) administre la poudre à la dose d'un gramme, à 1 gr. 50 en une fois dans l'eau en recommandant au malade de résister le plus longtemps possible aux vomissements. On pourra donner quelques gouttes d'opium pour prévenir les vomissements qui d'ailleurs ne sont pas dangereux, ou bien un cataplasme sinapisé, ou un rigollot sur le creux de l'estomac. Il faut recommander en même temps au malade de se tenir couché et de ne prendre aucune nourriture, ni solide, ni liquide pendant les trois ou quatre heures qui suivent l'administration du remède. Si la poudre est rejetée aussitôt après l'administration, on répétera la dose aus-

(1) J. FAYRER, *Tropical dysentery and diarrhea*. London, 1881.

sitôt que l'estomac sera calmé. Nous préférons donner la poudre d'ipéca en deux doses d'un gramme, matin et soir dans les cas légers; et à la dose d'un gramme toutes les huit heures (3 gr. *pro die*) dans les cas plus graves en utilisant les intervalles pour l'administration de la nourriture. Nous continuons ce traitement jusqu'à cessation des épreintes et du ténesme, et jusqu'à l'apparition de selles féculentes et bilieuses. En même temps, nous appliquons sur tout le ventre, un linge mouillé, recouvert complètement de gutta-percha, ou de batiste de Billoth de façon à faire l'occlusion parfaite. Ce pansement est renouvelé trois fois en vingt-quatre heures.

On pourra employer aussi la poudre de Dower qui est un mélange d'ipéca et d'opium à la dose d'un à deux grammes par jour, en plusieurs prises.

Contre le *ténesme rectal*, on usera de suppositoires calmants, des onctions de vaseline autour de l'anus, des bains tièdes prolongés, des injections de morphine pratiquées dans la région sacrée ou hypogastrique, l'usage d'une pommade à la cocaïne (1 : 20). On pourra, pour calmer les coliques et le ténesme, employer aussi les pilules de belladone et de jusquiame qui sont calmantes et laxatives :

P. Extrait de belladone	}	aa un centigramme.
Poudre de feuille de belladone		
Extrait de jusquiame		
Pour une pilule.		

Donner une pilule tous les deux ou trois heures en surveillant la pupille et la sécheresse de la gorge.

Comme moyens locaux, on emploiera les grands lavements, ou mieux, les grands *lavages antiseptiques*. La meilleure solution de lavage nous paraît être celle de l'acide phénique, 1 pour 1000; ou de permanganate de potassium (12 pour 1000).

Si la dysenterie débute d'emblée par la forme gangréneuse, ou bien si, malgré le traitement, la gangrène survient pendant le cours de la forme simple, on donnera, s'il n'y a pas menace de collapsus, l'ipéca comme ci-dessus; on emploiera les lavages intestinaux antiseptiques si les lésions sont localisées au rectum et au colon descendant, en ayant soin de ne pas trop distendre l'intestin. On pourra aussi faire usage d'eau de graine de lin comme émoullient et pour laver la partie inférieure de l'intestin, pour enlever les matières putrides.

Dans les formes graves, on prescrira l'usage interne de l'essence de térébenthine combinée avec l'huile de ricin, 20 à 30 gouttes d'huile de térébenthine toutes les deux, trois ou quatre heures. Le même moyen sera employé dans l'association de scorbut et de dysenterie.

Councilman et Lafleur recommandent dans la dysenterie parasitaire,

outre l'usage de l'ipéca, les lavements de quinine (1 : 5000 ; 1 : 2500, ou 1 : 1000). On pourra aussi essayer, mais avec beaucoup de précautions, les lavages du rectum avec les solutions de sublimé corrosif (1 : 5000 ou 1 : 3000 : demi-litre à la fois).

M. Lemoine (1) a employé ce moyen avec succès. Au début, il ordonne des lavements au 1/5000, deux ou trois fois par jour, de 200 grammes chacun. Bientôt après, il prescrit deux lavements de 200 grammes par jour, avec la solution 1/3000. Il les administre chauds et, pour éviter l'intoxication, le malade ne doit pas les garder plus de dix minutes. L'absorption est ainsi insignifiante. On recourra aux badigeonnages de cocaïne pour calmer les épreintes dues à l'introduction de la canule.

Si la malaria est associée à la dysenterie, on combinera, et on alternera les traitements par la quinine et l'ipéca. En cas d'hémorragie de l'intestin, on donnera le perchlorure de fer et l'ergoline.

Dans le cas de septicémie, on recourra aux grands lavements antiseptiques intestinaux, à l'acide phénique, au permanganate de potassium ou à l'essence de térébenthine.

Si la température est élevée, on donnera la quinine diluée dans la limonade à l'acide sulfurique, à la dose de 75 centigrammes, deux ou trois fois par jour.

Les troubles fonctionnels du foie caractérisés par des symptômes bilieux plus ou moins graves et constituant ce que certains auteurs ont appelé *dysenterie bilieuse*, seront traités comme la dysenterie en général par l'ipéca. Ce médicament par son action émétique et purgative soulage beaucoup le foie. L'ipéca est contre-indiqué s'il y a hépatite suppurée.

Si la congestion hépatique est très intense, l'application de 15 à 20 sangsues à l'anus améliorera aussi bien les symptômes hépatiques que dysentériques.

Les médecins anglais préconisent beaucoup comme médication d'action mixte, contre la dysenterie, la *chlorodyne*. Ce remède populaire ne présente aucun avantage bien marqué. Il convient lorsque le malade souffre de crampes d'estomac et de simple diarrhée. Il dérange fortement l'estomac. Voici sa composition d'après la pharmacopée anglaise :

*Liqueur de chloroforme composée.*

Chloroforme . . . . .	120 grammes.
Éther sulfurique . . . . .	30 "
Esprit de vin rectifié . . . . .	120 "
Mélasse. . . . .	120 "
Extrait de réglisse . . . . .	75 "

(1) LEMOINE, *Bull. de Thérapeutique*, 1890.

Chlorhydrate de morphine . . . . .	50 centigrammes.
Huile essentielle de menthe . . . . .	16 gouttes.
Sirop simple . . . . .	500 grammes.
Acide prussique (solution 2 %) . . . . .	60 „

Dissoudre le chlorhydrate de morphine et l'essence de menthe dans l'esprit de vin rectifié; ajoutez le chloroforme et l'éther.

Dissolvez l'extrait de réglisse dans le sirop et ajoutez la mélasse. Mélez les deux solutions et ajoutez l'acide prussique. Dose : 5 à 10 gouttes.

Hagge (Hambourg) a employé avec succès l'écorce de simarouba à hautes doses sous forme de macération. Voici sa formule :

Vin blanc . . . . .	750 grammes.
Eau . . . . .	250 „
Ecorce de simarouba concassée . . . . .	35 „

Faites macérer pendant six heures; puis évaporez au bain-marie à une température n'excédant pas 65° jusqu'à réduction à 750 grammes; ajoutez alcool absolu, 40 grammes. Laissez encore macérer pendant quatre heures, puis filtrez, exprimez et ajoutez : laudanum Sydenham, 2 grammes.

*F. S. A.* Prendre toute la potion en quatre fois à quatre heures d'intervalle.

L'administration du remède est précédée la veille d'une purgation à l'huile de ricin.

Dans la dysenterie chronique, le régime lacté seul ou associé à la viande crue, à la poudre de viande donnera souvent de meilleurs résultats que l'opium, le bismuth, le tannin. Les lavements irritants peuvent être alors utiles pour achever la cicatrisation des ulcères persistants; mais, ils ne sauraient bien entendu réparer la muqueuse détruite. Les plus employés sont les lavements au nitrate d'argent, à l'extrait de saturne, à la teinture d'iode.

1° Nitrate d'argent . . . . .	0 <sup>gr</sup> 25 à 0 <sup>gr</sup> 50.
Eau distillée . . . . .	250 grammes.
2° Extrait de Saturne . . . . .	3 à 4 „
Eau . . . . .	250 „
3° Teinture d'iode . . . . .	3 à 4 „
Iodure de potasse q. s. pour dissoudre.	
Eau . . . . .	250 „

On pourra porter la dose de teinture d'iode à 10 grammes pour 200 grammes de véhicule. Si le malade ressent de trop fortes douleurs, on le fera évacuer immédiatement, puis on donnera un lavement laudanisé.

Mais l'expérience prouve que tout traitement est inefficace tant que le sujet ne quitte pas le climat tropical.

Pendant les exacerbations, le traitement sera le même que dans les cas aigus.

Le pansement humide et chaud appliqué sur tout l'abdomen sera aussi d'une grande utilité.

**C. Traitement diététique.** — Le régime diététique est d'une importance capitale dans le traitement de la dysenterie. Dans les formes aiguës, il ne faut pas donner de nourriture solide jusqu'à ce que le processus dysentérique soit enrayé complètement. La *diète lactée*, quand on peut obtenir du lait pur et frais, est ce qu'il y a de plus recommandable. Il vaut mieux donner le lait mêlé à un peu d'eau de chaux pour éviter les coliques. Le lait doit être pris à intervalles réguliers et par petites quantités à la fois, bouilli plutôt que cru. On donnera de trois à quatre litres par jour, s'il est bien supporté.

On emploiera le lait condensé, s'il n'est pas possible d'avoir le lait frais. On donnera en même temps du bon *beef-tea*, du jus de viande sans épices, ou en remplacement du lait si celui-ci n'est pas toléré. On donnera aussi des boissons mucilagineuses tièdes : décocté de salep, décocté blanc de Sydenham et mieux encore l'eau albumineuse. Si le malade se trouve très affaibli, on le soutiendra par des aliments liquides ou semi-liquides (œufs et bouillies).

Le régime lacté est aussi le meilleur dans la dysenterie chronique, lorsque la maladie n'est pas arrivée à la dernière période. Pendant la convalescence, tant qu'il est pris avec goût, le lait restera la base de la nourriture, mais on y ajoutera des aliments farineux, des œufs, du poisson et des volailles. L'alcool sera strictement défendu, tout au plus, on permettra un peu de vieux Bordeaux.

On relèvera l'*état général* par les toniques et les amers, pour stimuler la fonction digestive et favoriser la reconstitution des éléments du sang (quinquina, kola quassia, colombo, martiaux, noix vomique, etc.). Les eaux minérales (Vichy, Amélie, Plombières, etc.) seront indiquées contre certains états diathésiques ou locaux. L'*hydrothérapie* sera le traitement tonique, corroborant, reconstituitif par excellence. On emploiera les applications toniques et reconstituantes, en ayant soin d'éviter toutes les manœuvres capables de produire un grand refroidissement. Nous recommandons surtout la douche chaude suivie d'une douche froide extrêmement courte, surtout si le malade ne réagit pas suffisamment contre le froid. L'emploi de l'hydrothérapie, aussi, sera indiqué comme résolutif des lésions hépatiques. Nous en parlerons plus loin.

Nous l'avons déjà dit plus haut : aussitôt que, dans un centre endémique, intertropical, le malade est en état de supporter les fatigues d'une traversée, ou bien, dans le cours de la maladie, quand elle commence à s'aggraver, le *rapatriement* s'impose. Il faut immédiatement diriger vers le

littoral, ceux qui contractent la dysenterie dans l'intérieur des terres, parce qu'en restant dans le Haut-Congo, ils ne tarderont pas à succomber.

Le changement de climat est, en général, d'une si heureuse influence que, souvent déjà, à bord, la guérison fait de rapides progrès. Il vaut mieux recourir au rapatriement que d'envoyer le malade dans les *sana-toria* d'altitude, parce que le séjour sur les hauteurs est souvent une cause de rechute ou de récidive, à cause de l'action pernicieuse des variations thermiques considérables sur les dysentériques.

Au point de vue du rapatriement des malades, signalons la nécessité d'avoir des installations bien aménagées sur les steamers, d'avoir des approvisionnements en vivres de toutes sortes, et surtout des médecins expérimentés et connaissant les maladies des pays tropicaux.

---

## CHAPITRE XII

## AFFECTIONS TROPICALES DU FOIE

La fréquence des affections du foie, en général, et d'affections qu'on ne rencontre que dans les pays tropicaux, est un fait connu depuis longtemps. Toutes les formes d'affections du foie, aussi bien fonctionnelles qu'organiques, peuvent se rencontrer dans les climats intertropicaux ; mais toutes ces affections ne peuvent être imputées au climat tropical. Nous ne nous occuperons dans ce chapitre que des affections qui se rencontrent le plus souvent dans les contrées torrides et comme conséquence du climat et du mode de vie, et des habitudes des Européens colonisateurs ou voyageurs.

Les plus fréquentes de ces maladies sont : la *congestion aiguë du foie*, ou *hépatite*, l'*hépatite suppurative*, la *congestion chronique* et l'*hypertrophie du foie* qui est due aux effets de la chaleur, d'un long séjour sous les tropiques, et d'un régime très excitant ; l'*hypertrophie* et l'*induration du foie* résultant de la malaria et se terminant souvent par la dégénérescence cirreuse, lardacée ou graisseuse.

Les recherches actuelles ont sensiblement modifié les idées anciennes sur la pathologie du foie. Hanot a consacré à cette étude des travaux intéressants qu'une mort brusque et inattendue est venue malheureusement interrompre trop tôt. La vascularité très grande du foie, d'abord, l'expose à l'hypérémie, surtout dans les pays chauds ; c'est en effet sous les influences météoriques tropicales qu'on voit se développer cette suractivité de l'organe qui amène d'abord la congestion, puis les désordres fonctionnels et organiques. Les conditions météoriques des climats chauds, seules, peuvent donc produire des affections du foie ; mais il existe d'autres causes efficientes qui dépendent des fonctions du foie lui-même. Les travaux des dix dernières années ont mis en lumière le rôle le plus saillant de cet organe, qui est de présider à la destruction de la plus grande partie des poisons résultant de la vie physiologique ou pathologique des tissus. Ce rôle protecteur du foie contre ces poisons a été démontré expérimentalement par Heger, Boucharde et autres, et justifie l'expression de Richet, qui appelle le foie " le grand chimiste de l'économie ". En réalité, le foie joue, en grand, vis-à-vis des microbes et de leurs toxines, le rôle que joue,

en petit, un ganglion lymphatique, vis-à-vis de la portion de tissu qu'il est chargé de protéger contre les poisons venus de l'extérieur ou élaborés au sein des tissus. Si cette portion de tissu est irritée dans des limites raisonnables, les produits inflammatoires sont retenus par le ganglion, comme par un barrage interposé sur le cheminement des parasites et de leurs produits. La présence de ceux-ci ne tarde pas à mettre en action la fonction phagocytosique qui détruit sur place ces parasites et leurs toxines, en produisant une tuméfaction passagère du ganglion. Si la quantité de produits inflammatoires dépasse le pouvoir phagocytosique du ganglion, le tissu de celui-ci est atteint et il se produit finalement de la suppuration. La rate joue le même rôle vis-à-vis de certains parasites, comme l'hématozoaire de Laveran. Ce n'est que lorsque la fonction de la rate est trop réduite, que le foie lui-même est atteint de lésions malariques.

Sous les climats torrides, ce rôle de dépurateur de l'organisme est la grande fonction du foie; il explique sa suractivité, en rapport avec les quantités de poisons à éliminer. Nulle part, autant que dans les climats intertropicaux, les agents météoriques, les agents microbiens et les auto-intoxications n'ont une action morbigeène aussi intense; c'est pourquoi les phénomènes bilieux sont des accidents si communs dans toutes les maladies de la zone tropicale. Et, en effet, les poisons naissent de tous côtés: du régime, du fait de la chaleur humide, de l'hypertension de la vapeur d'eau atmosphérique qui entrave l'élimination des poisons par les autres voies et des conditions particulièrement favorables, favorisant l'éclosion de nouveaux produits; tout, sous les tropiques, concourt à la pullulation et à l'évolution des microorganismes, à la fabrication de leurs toxines, ou de leurs ferments. Et c'est le foie qui est chargé de transformer tous ces poisons, en urée et en bile, ce qui explique l'hypersécrétion biliaire si souvent constatée sur l'Européen transplanté. L'organe se trouve débordé et tous ces poisons, non transformés, amènent d'abord des troubles fonctionnels, puis des troubles organiques par suractivité de fonction, et par intoxication du tissu. Dans les pays chauds, le foie, du fait de sa fonction dépuratrice, est toujours en imminence morbide. Lorsque les troubles fonctionnels répétés ont amené des désordres organiques, la fonction dépuratrice du foie est encore plus réduite, les infections biliaires se font plus facilement, et les lésions pathologiques prennent une grande extension.

Les infections biliaires sont donc des phénomènes communs, sous les tropiques, et il est facile de déterminer les voies ouvertes à l'infection. Ces voies sont au nombre de cinq principales, qui sont: la voie lymphatique, la circulation artérielle, la veine porte, la veine sus-hépatique et les canaux biliaires. La voie lymphatique est limitée dans ses effets et n'aboutit, en général, qu'à certaines formes de périhépatites suppurées. La circulation artérielle est, au contraire, le mode de pénétration des infections septiques

généralisées les plus graves. La veine porte transmet au foie les agents infectieux intestinaux : le type de ce genre d'infection est la dysenterie. La voie sus-hépatique est celle de quelques infections dont la lésion anatomique se traduit par un abcès aréolaire centro-lobulaire, et dont la pathogénie peut être biliaire, quelquefois utérine et puerpérale.

En résumé, l'infection du foie peut se réaliser principalement par les voies biliaires, et dans ce cas, les colonies microbiennes ont pour point de départ l'intestin et de là gagnent les canaux vecteurs de la bile; dans le second cas, la voie sanguine capillaire amène dans la glande hépatique les microbes et leurs toxines, et l'infection est descendante.

Il résulte des brèves réflexions que nous venons d'émettre, que les affections du foie peuvent résulter, ou bien du climat seul, ou bien d'une infection biliaire provenant de poisons élaborés à l'extérieur du corps ou à l'intérieur d'organes voisins, par le fait du régime, ou du genre de vie, lorsque ces poisons sont en telle quantité que le foie ne peut suffire à leur transformation et à leur élimination.

#### A. — CONGESTION DU FOIE. — HÉPATITE AIGÜE ÉTIOLOGIE

**A. Causes prédisposantes.** — La plus puissante des causes est sans aucun doute le *climat tropical* par les effets de l'action d'une température élevée agissant d'une manière prolongée sur les Européens. Voici ce qui se passe: d'abord, sous l'influence du climat, la sécrétion biliaire est augmentée; souvent chez les nouveaux venus, à la première saison chaude, on constate des attaques de fièvre avec diarrhée bilieuse, des selles brûlantes et âcres et des symptômes de troubles du foie; puis, après un certain temps de séjour, l'augmentation de la sécrétion est remplacée par une diminution d'activité sécrétoire caractérisée par la constipation, l'irrégularité des selles et leur caractère pâteux, et par de mauvaises digestions. Ces symptômes sont ceux de la congestion active du foie ou de l'hépatite.

A propos de l'influence du climat, nous ne croyons pas que la diminution d'activité pulmonaire puisse amener une augmentation de fonctionnement du foie comme le croit M. H. Cayley (1). Cet auteur croit que l'atmosphère contenant d'autant moins d'oxygène que la température est plus élevée, il entre à chaque inspiration d'autant moins d'oxygène dans les poumons, et que par suite de l'insuffisante absorption de ce gaz, il y a insuffisante élimination d'acide carbonique et surcharge fonctionnelle du foie. Cette interprétation est absolument contraire à l'expérience. Tout d'abord l'acide carbonique se trouve dans l'atmosphère à une tension infinité-

(1) IN DAVIDSON, *Diseases of warm Climates*, p. 618.

simale et la tension supérieure qu'il a dans l'air expiré lui permet toujours de s'exhaler librement par les poumons et par la peau. Puis, les expériences de Lavoisier, de V. Regnault, de Paul Bert ont démontré que la consommation de l'oxygène reste indépendante de ses proportions dans les atmosphères artificielles créées autour des animaux.

L'encombrement avec mauvaise ventilation, les *conditions hygiéniques défectueuses*, une *nourriture insuffisante* comme quantité ou comme qualité, l'anémie résultant de la destruction d'une grande quantité de globules rouges, donnent lieu à des troubles fonctionnels du foie. L'usage inconsidéré de *boissons alcooliques*, d'*aliments excitants*, les excès de tout genre, l'*abus des purgatifs*, les *passions tristes*; l'*âge adulte*, le *sex masculin* sont d'autres causes prédisposantes.

L'*usage d'une nourriture animalisée* trop copieuse, combinée avec l'usage de l'alcool produit d'abord de l'hypérémie du foie; puis si ce régime continue, il se produit de la congestion, puis de la tuméfaction de cet organe. L'usage habituel, même modéré de l'alcool dans les pays chauds, tend à amener la congestion du foie. Non seulement l'alcool comme tel, mais une consommation habituelle de bière, de vin même en petite quantité est une cause prédisposante. Ceci est si évident qu'au Congo, même les non initiés, ont remarqué que l'usage de la bière augmentait la sécrétion de la bile dans des proportions considérables, et pouvait donner lieu à une *fièvre bilieuse*; d'où le nom donné à celle-ci de *fièvre bièreuse* quand elle survient à la suite d'un excès de bière. On a même remarqué que l'alcool sucré, comme dans la bière, les vins forts, comme le porto, le sherry, le champagne ou le cognac, sont plus nuisibles que les vins légers, comme les vins de Bordeaux et du Rhin.

L'*exposition au soleil* ou à une *grande chaleur*, les *fatigues excessives*, les *courants d'air*, la nuit, pendant la transpiration, un *bain froid* pris dans des conditions où la réaction ne se fait pas bien, sont aussi des causes prédisposantes de congestion du foie. Il est à remarquer que, dans les pays chauds, le refroidissement, surtout le froid humide, donne plus souvent lieu à de l'hépatite et à de la dysenterie, tandis que, dans les pays froids, il détermine de la bronchite, de la pneumonie ou de la néphrite.

Le *poison malarien* intervient souvent pour entretenir et aggraver la congestion du foie, soit qu'il exerce sur cet organe une atteinte médiate par l'intermédiaire du système nerveux, soit par l'intermédiaire du sang surchargé de déchets globulaires, soit qu'il provoque une irritation immédiate et *sui generis* de la cellule hépatique.

La *dysenterie* amène ou augmente l'état congestif du foie, surtout par irritation septique (infection biliaire).

**Anatomie pathologique.** — Le foie est gorgé de sang, offrant en différents points une coloration rouge, plus ou moins foncée, uniforme ou fine-

ment ponctuée; il est de consistance plus grande, augmenté de volume, dès le début de la maladie, uniformément ou partiellement. C'est le stade de l'hypérémie. Au microscope, on constate une dilatation des capillaires, avec imbibition du tissu interstitiel, parfois un peu de catarrhe des canalicules biliaires et une tuméfaction trouble des cellules hépatiques.

Quand l'hypérémie a fait place à l'inflammation, le foie devient parfois énorme; mais souvent l'inflammation est plus localisée et la tuméfaction est plus marquée dans un point déterminé comme le lobe droit dans la partie en rapport avec le pounon droit. On la voit parfois se montrer à la surface et se caractériser par l'élargissement et l'effacement des espaces intercostaux, ou bien apparaître sous le rebord des côtes. Le lobe droit est plus souvent atteint.

Dans ce stade de la maladie, le foie est le siège d'une congestion intense; sur la surface de section, qui saigne abondamment, il présente une consistance plus grande, une couleur rouge foncé et uniforme, parfois marbrée par des taches ou des plaques grisâtres de tissu ramolli dont on peut faire sortir par la pression, un liquide séreux. Ces plaques sont entourées de tissu hyperémique. Plus tard ces plaques de tissu enflammé se ramollissent davantage et ont une couleur jaunâtre (foie muscade). Les contours des lobules hépatiques sont effacés; les cellules hépatiques contiennent souvent, avec le pigment biliaire jaune, des corpuscules pigmentaires bruns ou noirs subissant la dégénérescence granuleuse. La capsule est dépolie, opaque et blanchâtre.

La tuméfaction du foie est plus considérable pendant la vie qu'immédiatement après la mort.

**Symptômes.** — L'affection débute tantôt d'une manière brusque, tantôt par des prodromes précurseurs et fréquemment par la dysenterie dans les pays chauds. Il y a une simple sensation de froid ou un frisson qui marque le début subit de la maladie; ou bien il se produit quelques malaises précurseurs quelques jours avant. Le frisson est immédiatement suivi d'une élévation de la température.

Il se produit des nausées, des vomissements et du hoquet; la langue est blanche, tantôt rouge et sèche; il y a d'abord constipation, puis des alternatives de constipation et de diarrhée; les matières alvines sont tantôt verdâtres et bilieuses, tantôt sanguinolentes. Souvent un léger ictère se produit transitoirement et donne une teinte jaunâtre aux tissus, aux conjonctives, et l'on constate la présence du pigment biliaire dans l'urine. Il est presque toujours la conséquence des modifications mécaniques de la circulation hépatique, ou la conséquence de la *polycholie*.

Le malade se plaint d'une sensation de tension, de pesanteur au niveau de l'hypocondre droit; cette région est douloureuse à la palpation, plus

bombée qu'à l'état normal et la percussion y dénote une augmentation de la malité hépatique, généralisée en affectant seulement le lobe droit.

Le foie déborde souvent de 3 à 6 centimètres le rebord des fausses côtes; quelquefois le développement morbide de la glande hépatique se fait de bas en haut, aux dépens du côté droit de la poitrine. Malgré l'augmentation de volume, la forme de l'organe n'est pas modifiée.

Le malade ne peut se coucher sur aucun des côtés, à cause de la douleur. Celle-ci s'étend souvent jusqu'à l'épaule droite et même jusque dans le bras. Elle est sourde, contusive et difficile à décrire et à localiser. Elle dépend de l'anastomose du nerf phrénique, avec les branches du plexus brachial.

La respiration est généralement pénible, courte et précipitée, à cause des douleurs qu'elle provoque du côté du foie, ou bien à cause de l'augmentation du lobe droit. Il y a souvent un peu de dyspnée et de toux sèche et fatigante.

Si l'inflammation siège près de la surface, la capsule est souvent atteinte et donne lieu à une douleur plus vive encore et à de la périhépatite.

Si la portion diaphragmatique est atteinte, il se produit du hoquet, des douleurs spasmodiques et difficulté de respirer. La fièvre est en général peu intense; elle affecte le type rémittent ou intermittent irrégulier, à reprise vespérale.

Dans quelques cas, les malades sont agités, privés de sommeil, et en proie à un délire fugace; le plus souvent, ils se plaignent d'une grande faiblesse et d'une forte dépression. Si les symptômes s'aggravent, l'hépatite peut devenir suppurative: parfois même, chez les sujets débilités par la malaria ou une dysenterie ordinaire, malgré l'apparence bénigne des symptômes, ou malgré l'atténuation ou la disparition de ceux-ci, la fièvre persiste et amène la transformation de l'affection en hépatite suppurative.

**Marche.** — **Durée.** — **Terminaison.** — La marche de la maladie est ordinairement continue et assez rapide; les symptômes atteignent en peu de jours leur plus haut degré d'intensité et vont ensuite en diminuant graduellement pour disparaître en une, deux, ou trois semaines; ou bien, les symptômes se produisent par poussées successives. Nous avons vu parfois les symptômes aigus disparaître subitement en moins de vingt-quatre heures, à la suite de la déplétion du système de la veine porte par la réapparition d'hémorroïdes fluentes qui avaient cessé de saigner depuis un certain temps.

Parfois les symptômes s'aggravent, atteignent un très haut degré de sévérité; la fièvre persiste ou augmente; les vomissements sont plus fréquents, la douleur s'exaspère tout en se localisant en un point; l'ictère devient plus marqué; il y a des frissons répétés: la suppuration est établie.

La marche, la durée et la terminaison sont alors celles de l'hépatite suppurative que nous étudierons plus loin.

**Pronostic.** — Dans les pays chauds, l'hépatite est toujours une maladie grave, surtout quand elle frappe les individus non encore acclimatés. Souvent la maladie n'est que le premier stade de l'hépatite suppurative, dont le pronostic est toujours des plus sérieux. Si la maladie est prise à temps et convenablement traitée, et si elle atteint des sujets en bonne santé, la guérison est la règle.

**Diagnostic.** — N'offre aucune difficulté.

**Traitement.** — *A. PROPHYLACTIQUE.* — Le traitement prophylactique est basé sur l'observation rigoureuse des règles de l'hygiène. On s'abstiendra, autant que possible, de tout exercice fatigant, surtout en plein soleil ; on proscriera les boissons alcooliques ; on limitera le régime et on ne le choisira pas trop substantiel ; on favorisera les fonctions de la peau par des frictions et des ablutions fréquentes ; on entretiendra la liberté du ventre par des lavements ou de légers purgatifs, si cela est nécessaire.

*B. MÉDICAL PROPREMENT DIT.* — Le malade sera mis au lit et tenu dans une atmosphère fraîche. Dans les pays chauds, on ne doit pas conseiller la saignée ; mais on recourra avec avantage à l'application sur la région correspondante à l'organe malade, de sangsues ou de ventouses scarifiées. Les sangsues pourront aussi être appliquées à l'anus pour dégager la circulation portale. On prescrira de larges enveloppements humides, la pommade mercurielle belladonnée, si la douleur est très vive. On conseillera l'ipéca à la dose émétique de 1 gramme à 1 gramme 50, ou la macération d'ipéca à doses filées. Comme purgatif, à moins de diarrhée abondante ou de dysenterie, on donnera les purgatifs : doses massives de calomel, suivies d'un purgatif salin ; les pilules de podophylène, suivies d'une eau minérale purgative (Friedrichshall, Hunyadi-Janos) ou du sel de Carlsbad, sans pourtant dépasser une certaine mesure dans la purgation.

Les auteurs anglais vantent beaucoup, comme cholagogue, et comme très utile dans le cas d'hépatite, le chlorure d'ammonium à la dose de 1 gramme à 1 gramme 20, toutes les trois ou quatre heures, seul, ou mieux, combiné à l'extrait fluide de Cascara (20 à 30 gouttes). Ce remède apaise la douleur, diminue l'inflammation du foie, s'oppose à la formation des abcès et favorise la résorption du pus, si la suppuration a eu lieu.

Dans les premières périodes de la maladie, pour apaiser la douleur et diminuer l'intensité des autres symptômes, on prescrira le tartre émétique à doses réfractées et fréquentes (1 à 2 centigrammes) avec le nitrate de potasse.

*Localement,* outre les moyens dont nous avons déjà parlé, on pourra recourir aux applications de térébenthine, ou mieux de compresses trem-

pées dans une solution d'acide nitro-chlorhydrique dilué (1) dans l'eau (60 grammes d'acide concentré pour 4 1/2 litres d'eau) et appliquées constamment sur le foie.

Quand les symptômes aigus seront apaisés, pour restaurer les fonctions digestives, on aura recours aux eupeptiques et aux amers. Les Anglais préconisent, dans ce but, l'acide nitro-hydrochlorhydrique dilué (5 à 20 gouttes dans 50 grammes d'eau), avec la teinture d'écorce d'oranges amères, ou la teinture de gentiane ou de Taraxacum.

S'il reste de la douleur et de la pesanteur dans le côté, et pour favoriser les selles, on donnera de temps à autre une ou deux doses d'évonymine (15 à 20 centigrammes) avec la rhubarbe.

Dans la convalescence, s'il existe de l'anémie, de l'atonie digestive, on prescrira les eaux minérales alcalines (Vichy, Vals), les amers et les martiaux (eaux minérales de Spa).

**C. DIÉTÉTIQUE.** — Pendant la période aiguë, on mettra le malade à la diète liquide : lait, soupes, consommés en petites quantités. L'alcool, *sous toutes les formes*, sera strictement prohibé. Pendant longtemps, on défendra les mets relevés et épicés, de même que les graisses, le sucre et les boissons alcooliques.

Pendant la convalescence, l'air pur, un exercice modéré seront utiles ; mais on défendra les excès de fatigue et l'exposition au soleil ou au froid. Il faudra souvent aussi conseiller le changement de climat.

## B. — HÉPATITE SUPPURATIVE

**Synonymie et définition :** *hépatite des pays chauds ; hépatite endémique ; hépatite suppurée ou suppurante ; abcès du foie, etc.* ; Fr. *Tropical liver absces*. Angl.

L'hépatite suppurative est une inflammation circonscrite du foie avec suppuration, apparaissant dans les pays tropicaux ou à la suite d'un séjour dans les climats tropicaux, soit comme suite de l'hépatite aiguë, soit secondairement, en connexion avec d'autres maladies comme la dysenterie, à marche aiguë, subaiguë ou chronique et caractérisée par des phénomènes propres et généraux.

**Distribution géographique.** — L'hépatite, assez rare en Europe, est endémique entre les tropiques et presque toujours ses foyers se confondent avec ceux de la dysenterie.

(1) *Acidum nitrohydrochloricum dilutum* du Codex britannique. Composé de : *acide nitrique*, 3 ; *acide chlorhydrique*, 4 ; *eau*, 25. Mélez les deux acides et laissez en contact pendant vingt-quatre heures avant d'ajouter l'eau. Colorez la mixture. Recommandé en lotion et en bain pour les obstructions du foie, et à l'intérieur comme stomachique.

En *Europe*, on observe l'hépatite sur le littoral méditerranéen de l'Espagne, en Corse, en Sicile, à Malte, en Grèce et à Constantinople.

En *Asie*, la maladie s'observe fréquemment en Asie Mineure, en Syrie, en Arabie, sur le littoral du Golfe Persique; dans l'Inde, à Ceylan, dans l'Indo-Chine, en Chine (littoral) et au Japon.

En *Océanie*, l'hépatite fait beaucoup de victimes dans les Indes Néerlandaises, à Bornéo, aux Célestes, aux Moluques, aux Philippines, aux Mariannes et aux Carolines. On la trouve aux Iles Sandwich, à la Nouvelle-Calédonie, en Australie, etc.

En *Amérique*, l'hépatite n'apparaît d'une façon sérieuse que dans l'Amérique Centrale, au Mexique, dans l'Isthme, au Vénézuéla, en Colombie, à l'Équateur, aux Antilles et aux Guyanes. Elle est commune au Brésil, dans l'Uruguay, le Paraguay, au Chili, au Pérou.

En *Afrique*, on rencontre l'affection en Algérie, au Maroc, en Tunisie et en Égypte, principalement sur le littoral. Au Sénégal, l'hépatite est très fréquente et très meurtrière, de même qu'à Sierra-Leone, au Dahomey et sur toute le littoral du Golfe de Guinée et de la Côte d'Or.

Dans la région équatoriale proprement dite, elle est relativement rare. Ainsi, au Congo et au Gabon, dans l'Angola et dans le Congo français, l'hépatite est assez rare. Ce fait est en rapport avec l'absence de foyers dysentériques depuis le littoral de la côte occidentale jusqu'à la limite du Plateau Central. L'hépatite est surtout observée chez des explorateurs revenant du Haut-Congo et presque toujours coexiste avec l'affection dysentérique chronique. On rencontre l'hépatite dans la région centrale de l'Afrique équatoriale, dans la zone des Monts Mitumba (région des Grands Lacs) et des Monts de la Lune, dans les possessions anglaises et allemandes de l'est africain et sur la côte orientale. On trouve l'hépatite commune aussi à Sainte-Hélène, au Cap de Bonne-Espérance, à Madagascar, à la Réunion et à l'Île Maurice.

## ÉTIOLOGIE

**A. Causes prédisposantes.** — 1<sup>o</sup> INFLUENCES EXTÉRIEURES. — Les *influences hydro-telluriques* ont relativement peu d'importance sur la fréquence de la maladie. On rencontre l'hépatite dans des pays à terrains géologiques variés. Cependant, dans l'Afrique équatoriale, on la rencontre davantage dans les régions marécageuses. Contrairement à ce que dit A. Corre, les assises géologiques où prédominent les roches latéritiques, ou à limonite, et les roches éruptives, ce qui est le cas pour la région des Monts de Cristal, n'ont aucune influence sur le développement de l'hépatite.

Les *influences météorologiques* ont, au contraire, une réelle importance comme causes prédisposantes de la maladie; comme dans la dysenterie, sa prédominance croît en raison inverse de la *latitude*. Plus on se rapproche de l'équateur, plus la maladie est fréquente. Elle attaque presque exclusivement ceux qui résident ou ont résidé sous les climats tropicaux ou subtropicaux, avec une légère prédominance dans l'hémisphère nord (Golfe de Guinée, Sénégal, région soudanienne occidentale).

L'*altitude*, à laquelle on a attribué une importance exagérée, agit principalement par les variations de température qu'elle entraîne. On observe la maladie sur les hauts plateaux du Pérou, à Quito et à Mexico et dans la région himalayenne autant que dans les basses terres du littoral, comme aux Antilles (Basse Terre), dans l'Inde, en Algérie, au Sénégal, au Dahomey, au Gabon, etc. La preuve qu'il s'agit d'influences météorologiques est fournie par l'exemple de l'Inde. Là, les brises fraîches se font sentir à la fois sur les plateaux et sur le littoral, a'ors quelles sont moins prononcées dans les plaines intermédiaires. Or, les décès par l'hépatite se répartissent ainsi dans l'ensemble de la région :

Pour 1,000 hommes d'effectif :

	Décès par hépatite.
Littoral . . . . .	5.6
Plaines . . . . .	3.8
Plateaux . . . . .	6.0

La *chaleur* est la cause prédisposante la plus évidente, à cause des troubles fonctionnels gastro-intestinaux et hépatiques qu'elle provoque; mais c'est surtout quand elle se combine à l'*humidité* que cette cause est la plus active. Une tension élevée de la vapeur d'eau dans l'atmosphère amène, dans les sécrétions sudorales principalement, un trouble fonctionnel qui se caractérise par une diminution de la sueur et de l'exhalation cutanée. Or, il s'élimine normalement par cette voie une quantité de poisons, qui doivent, en l'absence ou par la réduction de la fonction, passer par le foie pour y être détruits ou transformés. D'où, surmenage fonctionnel du foie, déterminant d'abord un état bilieux, puis, à la longue, de l'hépatite.

Si dans ces circonstances de *chaleur humide*, ou mieux, de *chaleur sèche avec transpiration abondante*, le corps est soudainement soumis à un *froid plus ou moins relatif*, à un *courant d'air frais*, le processus irritatif du foie est porté à un degré suffisant pour hâter l'éclosion de la maladie. Or, comme la ventilation est toujours plus active sur les plateaux élevés, cette circonstance a fait croire à l'influence prédisposante de l'altitude.

Les *saisons* n'ont d'autre influence que celle que leur donnent les éléments météorologiques : chaleur et humidité. C'est donc pendant la *saison des pluies et des grandes chaleurs* qu'on rencontre le plus souvent l'hépatite.

2<sup>o</sup> INFLUENCES INDIVIDUELLES. — On remarque généralement que, dans les pays tropicaux, les *non acclimatés* sont plus exposés à l'hépatite. Waring (1), sur une statistique comprenant 114 cas, a trouvé 50 % de cas se rapportant à des individus qui avaient moins de quatre ans de séjour aux Indes. C'est surtout entre *vingt et quarante-cinq ans* qu'on rencontre le plus d'abcès du foie. Le *sexe masculin* est plus prédisposé que le sexe féminin, mais seulement à cause de sa vie plus active.

Une *nourriture trop azotée* ou en excès, les *boissons alcooliques*, la *fatigue excessive* sont des agents dont le rôle est considérable dans l'étiologie de l'hépatite. Sur 40 malades dont les habitudes ont été notées, Waring a constaté que 67.5 % étaient des intempérants.

**B. Causes occasionnelles.** — L'hépatite suppurative peut résulter d'un *traumatisme* sur la région du foie, ou se produire par *irritation directe*, par un corps étranger arrêté dans l'organe, par un ulcère de l'estomac, un calcul, une embolie, une phlébite, une suppuration dans la cavité pelvienne, un kyste à hydatides, des parasites (distomes, douves); mais ces causes ne sont pas spéciales aux pays tropicaux.

Elle peut succéder à l'hépatite aiguë que nous avons précédemment décrite. La *suppression brusque d'un flux physiologique ou pathologique* (règles chez la femme; hémorroïdes fluentes) peut devenir une cause occasionnelle. Il en est de même de l'*ingestion de boissons glacées*, de l'*immersion dans un bain froid*, de l'*abus des purgatifs*, etc.

Une cause occasionnelle active d'abcès du foie, c'est l'*ulcération dysentérique*. L'infection biliaire se fait par le système de la veine porte, par absorption des agents infectieux intestinaux ou par processus analogue à celui des embolies spécifiques.

L'infection du foie peut aussi se réaliser par les voies biliaires et dans ce cas, les colonies microbiennes ont pour point de départ l'intestin et de là gagnent les canaux vecteurs de la bile. Tel est le mécanisme de l'hépatite suppurée dans laquelle on rencontre l'*amœba coli*; de l'angiocholite suppurée dans laquelle Gilbert et Girode ont trouvé le bacille d'Eberth. Souvent l'infection se fait en dehors de la dysenterie, par des bacilles qui se rencontrent dans tout intestin, comme le *bacterium coli* ou le *streptocoque*. Les microbes qui envahissent les conduits biliaires, y arrivent en progressant, de proche en proche, de l'intestin vers le foie et déterminent, soit la cholécystite, soit l'infection du parenchyme glandulaire lui-même.

Les maladies générales graves, en modifiant profondément la qualité de la sécrétion biliaire, favorisent la pénétration dans les voies d'excrétion des germes pathogènes. Cette contamination est, d'autre part, favorisée par

(1) WARING, *An Inquiry into the Statistics and Pathology of some Points connected with abscess in the Liver*. Trearandrum, 1854.

la diminution de résistance de l'organisme. La fréquente coïncidence de la dysenterie et de l'hépatite dans les pays tropicaux provient du caractère septique et gangréneux que prend souvent la dysenterie dans ces pays. Cette coïncidence se rencontre dans 20 % environ des cas de dysenterie; mais, comme nous venons de le dire, l'hépatite peut survenir sans coexistence de la dysenterie, ou elle peut précéder celle-ci.

La *malaria*, principalement les formes rémittentes, sont souvent associées à l'hépatite suppurative, soit à cause des poussées congestives qu'elles déterminent vers le foie, soit par l'accumulation des déchets globulaires dans cet organe où ils déterminent un surmenage fonctionnel.

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

C'est par le centre du lobule hépatique que débute généralement la lésion, sous forme de thromboses capillaires, souvent d'origine *schyzomyctique*. Ces thromboses agissent soit par compression soit par les principes toxiques développés par les microbes sur les cellules hépatiques entourant les capillaires oblitérés et amènent leur nécrose (*nécrose de coagulation*). Ce processus détermine en même temps une *émigration globulaire* (diapédèse).

On se trouve alors en présence d'un foyer rempli d'un détritit blanc jaunâtre, dont les parois sont irrégulières et constituées par du tissu hépatique plus ou moins hyperémié avec des thromboses du réseau portal, des oblitérations des canalicules biliaires, parfois de la périhépatite si la lésion siège à la surface. Un peu plus tard, la suppuration proprement dite s'établit, c'est-à-dire qu'il se mélange au détritit granuleux des leucocytes en grande quantité et que la zone circonvoisine s'infiltré également de pus.

Le pus épais, de couleur jaunâtre et granuleux, est composé de cellules lymphatiques et de cellules hépatiques nécrosées.

Lorsque la lésion a commencé par les voies biliaires, c'est-à-dire par la pénétration des microbes de l'intestin dans le foie par les canaux vecteurs de la bile, il se produit d'abord une inflammation catarrhale de ceux-ci; puis, dans un stade plus avancé, suppuration et même gangrène. L'angiocholite ulcéreuse est fréquente et se complique généralement de périangiocholite suppurée ou non. Puis il se produit une extension des phénomènes inflammatoires qui se passent dans les voies biliaires. L'infection atteint le foie lui-même et cette nouvelle étape est marquée par de petits abcès situés dans l'épaisseur des conduits biliaires. Peu à peu, ces abcès s'extériorisent de la paroi et envahissent le parenchyme hépatique avoisinant. Il y a une sorte d'apoplexie biliaire septique. Tel est le mécanisme suivant lequel se produisent un certain nombre d'abcès du foie.

Ces abcès, tantôt uniques tantôt multiples, augmentent de volume, s'agrandissent en se fusionnant et peuvent atteindre des dimensions variables, depuis le volume d'une lentille jusqu'à celui d'un œuf de poule et même celui d'une tête d'enfant. Leur volume est en raison inverse de leur nombre. Les grandes collections purulentes peuvent aussi résulter de l'extension de la suppuration de proche en proche. Leur contenu est souvent coloré en vert par la bile et possède une odeur ammoniacale pénétrante.

Les abcès peuvent occuper toutes les régions du foie soit dans la profondeur soit près de la surface de l'organe. Leur siège le plus ordinaire est la partie postéro-supérieure du lobe droit du foie. Ils sont le plus souvent uniques, parfois multiples (68 % pour les abcès uniques; 17.5 % pour les abcès doubles; 4.5 % pour les abcès triples; 10 % pour les abcès plus nombreux) (1).

Une fois formé, l'abcès subit le sort ordinaire des collections purulentes. La résorption avec cicatrisation ultérieure est rare; on trouve plus souvent l'enkystement. S'il gagne vers la surface, il peut amener la perforation de la capsule avec toutes ses conséquences. La terminaison des abcès ne peut mieux être déterminée que par l'examen du catalogue du Museum Pathologique du Medical College de Calcutta. Les pièces anatomiques comprennent les cas principaux suivants (2) :

1° *Abcès unique* du lobe gauche ayant détruit presque tout le tissu à l'exception d'une lame à la face inférieure.

2° *Abcès multiples probablement dysentériques*. Volume d'une noisette, à celui d'un œuf de poule.

3° *Abcès volumineux unique* : siégeant uniquement dans le lobe droit qui est presque entièrement détruit. — Cavité d'une dimension atteignant le volume d'une tête d'enfant.

4° *Deux abcès communiquant par un sinus*.

5° *Abcès s'ouvrant dans le poumon*. — Siégeant dans le lobe droit et s'ouvrant dans le poumon correspondant.

6° *Abcès s'ouvrant dans la plèvre et le péritoine*.

7° *Abcès s'ouvrant extérieurement et dans le péricarde*.

8° *Abcès s'ouvrant dans la petite courbure de l'estomac*.

*Abcès du lobe gauche*.

9° *Abcès s'ouvrant dans le duodenum et l'estomac*. Il y avait 3 abcès : le premier est ancien, et a contracté des adhérences solides aux fausses côtes du côté droit; le second de plus récente date, pas plus gros qu'une orange,

(1) Statistiques combinées de Rouis, de Dutroulau et de Béranger-Féraud (Algérie, Antilles et Sénégal).

(2) Suivant SIR JOSEPH FAYRER in DAVIDSON, *op. cit.* Art. *Tropical Liver abscess*, p. 655.

s'est ouvert dans le duodenum près du pylore immédiatement à gauche de la vésicule biliaire qui s'est soudée au duodenum. Le troisième abcès siège du côté gauche dont il a détruit presque tout le tissu en se soudant au diaphragme; il semble vouloir s'ouvrir dans le péricarde; mais en réalité, il s'ouvre dans l'estomac à 7 centimètres du cardia.

10° *Abcès s'ouvrant dans le duodenum et la veine cave inférieure à son passage à travers le diaphragme.* Abcès du volume d'une orange, siégeant près de la face convexe.

11° *Abcès communiquant avec le colon transverse.* Siégeant dans le lobe droit. — Volumineux.

12° *Abcès avec perforation d'un gros vaisseau sanguin.*

13° *Abcès multiples d'origine dysentérique.*

14° *Cicatrisation d'abcès.*

15° *Abcès unique s'ouvrant dans la cavité péritonéale.*

Le pus contenu dans les abcès est coloré par le sang ou la bile; il prend souvent la couleur chocolat. Il est composé, comme nous l'avons déjà dit, de globules de pus, des cellules hépatiques nécrosées, des débris de tissu cellulaire et souvent des micro-organismes. Les abcès septicémiques sont souvent situés près de la surface.

D'après le professeur Macfadyen (1), dans les abcès tropicaux du foie on trouve des micro-organismes dont la majorité appartient au groupe des staphylococcus.

Le plus fréquemment rencontré est le *Staphylococcus pyogenes aureus* qui est aussi le plus virulent. Sa culture sur agar ou sur pomme de terre est de couleur jaune orange.

Puis, on trouve le *Staphylococcus pyogenes albus* qui est moins virulent, le *Staphylococcus pyogenes citreus*, le *St. Cereus albus* et le *St. Cereus flavus*.

Un autre microbe pyogène aussi important, trouvé dans le pus des abcès du foie, est le *Streptococcus pyogenes*.

Kartulis (2), et d'autres observateurs ont constaté dans les abcès du foie, d'origine dysentérique, la présence de l'*amœba coli* souvent associé au *staphylococcus pyogenes aureus*. Hanot et Achard (3) ont constaté plusieurs fois que le pus contenait, au milieu des globules blancs, quelques rares chaînettes de streptocoques, mais que les tubes de géloseensemencés avec ce pus restaient stériles. L'inoculation de ce même pus à des cobayes reste stérile.

(1) In DAVIDSON, *op. cit.*, p. 658.

(2) KARTULIS, *op. cit.*

(3) *Société médicale des Hôpitaux*. Séances du 28 décembre 1894 et du 12 janvier 1895.

## FORMES CLINIQUES DES ABCÈS TROPICAUX

1° Les abcès volumineux sont généralement isolés et sont le résultat ordinaire des influences climatiques combinées aux mauvaises conditions de vie, de régime, et surtout aux excès alcooliques. Ils peuvent contenir une assez grande quantité de pus (200 à 250 grammes). La suppuration est précédée de fièvre, de douleurs et des signes d'une inflammation active, surtout chez les personnes de forte constitution. Parfois, ils suivent une marche chronique et insidieuse sans symptômes bien marqués, au point d'échapper à l'observation jusqu'au moment de leur ouverture, dans le thorax, l'abdomen ou ailleurs. Parfois ces abcès s'enkystent.

2° Les abcès du foie survenant après, ou coexistant avec la dysenterie ou la diarrhée tropicale et considérés comme pyémiques par Murchison (1) et d'autres écrivains, sont dus à l'absorption du pus ou des matières septiques des ulcérations de l'intestin. Ces abcès sont multiples et débutent par des plaques de tissu nécrosé, par des embolies ou des infarctus autour desquels la suppuration se fait. Ils sont du volume d'un pois à celui d'une orange, ou plus gros, contiennent des débris de tissu, du liquide purulent, des staphylocoques ou des amibes du colon et entourés d'une zone inflammatoire infiltrée de pus. Ils sont septicémiques.

Sur 288 cas, Waring (2) a trouvé 177 fois des abcès uniques, 33 fois, deux abcès; 11 fois, trois abcès; 17 fois, quatre abcès; 10 fois de cinq à dix; et 40 fois plus de dix abcès.

3° La dysenterie, la malaria, l'hépatite et les abcès du foie peuvent coexister ou survenir l'un après l'autre, comme résultat des influences climatiques.

## SYMPTOMES

Les premiers symptômes de l'hépatite suppurative sont ceux de l'hépatite aiguë que nous avons décrite précédemment. On constate de l'augmentation du volume du foie, de la douleur spontanée et à la pression, une fièvre intense précédée de frissons répétés.

La douleur est double : douleur contusive de toute la région et douleur plus restreinte et plus vive fixée en un point qui correspond le plus souvent au rebord costal inférieur quel que soit le siège de la lésion. La douleur est *gravative* et s'irradie souvent vers l'épaule droite les muscles du cou et de l'omoplate, le trapèze et le grand dorsal, par suite d'une irritation transmise par le nerf phrénique aux centres d'origine du plexus cervical et du plexus brachial. Les mouvements et les efforts respiratoires l'exaspèrent. Il y a

(1) MURCHISON, *Diseases of the Liver*. 3<sup>e</sup> édit.

(2) *Op. cit.*, London, 1855, p. 198.

un véritable *point de côté hépatique*, qui empêche le malade de se coucher sur les côtés. L'intensité de la douleur dans les abcès du foie dépend beaucoup du siège de l'abcès. Si le pus est profondément situé et assez loin du revêtement péritonéal, la douleur est comparativement modérée et peut même faire défaut. Si l'accès siège près de la surface, il y détermine de la perihépatite qui se traduit par une douleur violente. Parfois la douleur ne s'accuse que par une gêne ou un malaise lorsque le malade veut se coucher sur le côté gauche, ou par un point de côté dans les inspirations profondes, même quand le malade est couché sur le côté droit. Parfois aussi la douleur est continue, névralgique. En l'absence d'autres symptômes, la tension des muscles droits de l'abdomen et les nausées à la pression de la région, sont des symptômes caractéristiques. Cette douleur entrave l'action du diaphragme; l'irritation inflammatoire agit par voie réflexe sur les phréniques et les nerfs vagues: d'où *dyspnée, toux sèche* et pénible revenant par accès, *hoquet, embarras gastrique avec nausées et vomissements* de matières bilieuses avec *ictère* plus ou moins intense, plus souvent léger et plus ou moins constant. Il est dû à la rétention de la bile dans les canalicules biliaires qui entourent le foyer; parfois à un léger catarrhe des voies biliaires. Les *urines* sont fortement colorées et d'un poids spécifique élevé, avec diminution du chiffre de l'urée, et elles contiennent des pigments biliaires. Il existe souvent de la *constipation* si l'intestin n'était pas primitivement malade: s'il y avait dysenterie, les selles sont brusquement arrêtées ou deviennent diarrhéiques. Le *pouls* est rapide, la *respiration* accélérée, la *langue* saburale d'abord, devient par la suite, rouge et sèche. Le *décutitus* est dorsal.

Au fur et à mesure que la maladie progresse, il se produit des frissons suivis d'élévation de température et de *sueurs* plus ou moins copieuses, froides et collantes. Parfois, l'élévation de la température manque et l'absence de ce symptôme rend le diagnostic obscur; le pouls devient petit et concentré; puis, il se produit une détente générale. La fièvre diminue ou cesse: la *suppuration* est un fait accompli.

Les symptômes ne présentent pas toujours cette violence. Souvent les symptômes sont atténués quant à leur intensité, et quant à la rapidité de leur marche. L'invasion est graduelle; la fièvre est modérée et souvent intermittente. Les troubles réflexes sont moins accusés: l'ictère manque souvent. Le *point hépatique* et la *tuméfaction de l'organe* au niveau de l'hypocondre droit ne font jamais défaut.

La formation de l'abcès se fait lentement au bout de plusieurs semaines et se marque par les petits frissons et l'aggravation de l'état général. C'est la *forme subaiguë* de l'hépatite. C'est la plus fréquente, même dans les pays tropicaux.

Le début peut être insidieux. Les symptômes sont peu accusés et se

montrent lentement; il y a une douleur modérée; le foie est augmenté de volume. Les troubles gastro-intestinaux sont très accusés (dyspepsie, vomissements, diarrhée, constipation) et amènent à la longue un véritable marasme. C'est seulement après plusieurs mois que la suppuration se révèle. Dans un certain nombre de cas, le malade présente pour tout symptôme, des accès de fièvre intermittente à type généralement quotidien et rebelle au sulfate de quinine. Parfois même les symptômes sont nuls jusqu'au moment où, les frissons répétés, la fièvre rémittente et la prostration révèlent la suppuration. Il y a même des cas dans lesquels les symptômes sont si peu marqués que l'abcès peut être formé et échapper au diagnostic jusqu'au moment où une tumeur fluctuante se montre en un point de l'hypocondre, ou bien que l'abcès s'ouvre dans l'intestin, l'estomac, les poumons, le péricarde ou le péritoine. Ce sont les *formes chroniques* de l'hépatite suppurative.

**Abcès.** — Les abcès occupent le lobe droit du foie plus souvent que le lobe gauche. Parfois ils siègent à la surface ou près de la surface, et dans ce cas, on les nomme *abcès périlhépatiques*. Ils sont immédiatement sous le revêtement péritonéal du foie, où ils se développent entre les feuillets du péritoine ou sous le diaphragme, et sont limités par un exsudat inflammatoire. On les trouve aussi sous forme d'abcès pariétaux venant se montrer à la région hypogastrique, ou entre les côtes; mais le siège le plus commun est la partie supérieure et postérieure de la face convexe du lobe droit. Quand l'abcès est volumineux ou qu'il siège dans le lobe gauche, il se forme à la région hypocondriaque une tumeur qui produit une déformation de la région en amenant la projection excentrique des côtes inférieures ou en effaçant et en élargissant les espaces intercostaux. Cette tumeur est saisissable par la palpation, quand elle occupe la portion du foie qui déborde les côtes ou la ligne médiane, ou bien la face inférieure en avant du hile, ou bien la région externe du lobe droit. L'abcès de la face concave se développe aux dépens de la cavité thoracique en refoulant le poumon droit. Ce symptôme se reconnaît à la gêne respiratoire, à l'augmentation de la matité du foie vers le haut, à l'absence du murmure respiratoire et de vibrations vocales à ce niveau.

#### MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS

Nous avons vu que la *marche* de l'hépatite suppurative pouvait être aiguë ou chronique. Il est impossible d'établir une *durée* moyenne précise: celle-ci varie avec les tendances du processus et sa terminaison.

Les abcès tropicaux du foie peuvent se terminer par la mort, même avant la rupture et l'ouverture, ou par l'évacuation du pus en moins de trois

semaines à partir du début de l'affection. Murchison (1) signale des cas où la durée a dépassé deux, trois et même six mois. C'est le cas pour les petits abcès.

La *résolution* est une terminaison rare; elle se produit dans la forme aiguë, au bout d'un ou de deux septenaires. Cette terminaison est encore plus rare dans la forme subaiguë et chronique; cependant certaines autopsies ont montré que la *résorption* des abcès était possible et que la guérison pouvait se faire par *enkystement* de l'abcès après caséification du contenu.

La terminaison par *induration* (sclérose ou cirrhose) est signalée comme possible par A. Corre (2). Cet auteur rapporte à ce mode de terminaison, un certain nombre de cirrhoses, les unes atrophiques, qu'on rencontre avec la dysenterie chronique, les autres hypertrophiques, qu'on rattache à la malaria.

La *suppuration* est le mode de terminaison habituel, et l'ouverture de l'abcès se fait par une des voies qui ont été précédemment indiquées. La perforation *pariétale* avec adhérences péritonéales préalables n'est pas rare.

La perforation dans la cavité péritonéale, sans adhérences, donne lieu à une *péritonite généralisée suraiguë* rapidement mortelle. L'élimination du pus à travers le diaphragme donne lieu à une *pleurésie purulente aiguë*, s'il n'y a pas eu inflammation adhésive antérieure des feuillets de la plèvre, ou bien à une *vomique*, avec ou sans *pneumothorax*, lorsque les matières purulentes brunes, d'odeur ammoniacale, arrivent dans les bronches et sont rejetées par la bouche. Des vomissements de même nature, ou des selles diarrhéiques purulentes annoncent l'ouverture dans l'estomac ou dans l'intestin.

Il existe d'autres modes de terminaison plus rares : l'ouverture dans le *péricarde*, dans les *conduits biliaires* ou dans la *vésicule*, dans le *rein* ou dans la *vessie*, dans la veine cave inférieure.

La guérison définitive est rare dans le cas d'ouverture par la paroi abdominale ou par l'intestin; elle est tout à fait exceptionnelle pour les autres modes d'évacuation de l'abcès. Souvent, après une rémission plus ou moins longue, la suppuration continue, ou bien il se forme une nouvelle collection purulente dans le voisinage de la première, et le malade est emporté par la *fièvre hectique*.

(1) MURCHISON, *op. cit.*

(2) A. CORRE, *op. cit.*, p. 767.

## PRONOSTIC

Le pronostic de l'hépatite suppurative est toujours grave. Il est en rapport avec la marche, la terminaison et le nombre des abcès, avec les conditions de résistance des malades et avec les méthodes de traitement. Si l'abcès est unique et ouvert assez tôt, et s'il ne survient pas de complications, le pronostic est favorable. Dans le cas où les abcès sont multiples et de nature septique, le pronostic est très grave. Il est des cas où le pus s'enkyste après avoir subi une transformation caséuse. Mais les abcès peuvent s'ouvrir spontanément ou être vidés extérieurement par une intervention chirurgicale.

Les conséquences de l'ouverture spontanée varient suivant les voies d'issue. La mort est foudroyante, si l'ouverture se fait dans une grosse veine ou dans le péricarde. Elle est fréquente après l'ouverture dans le poumon, la plèvre ou le rein. La guérison n'est pas rare après l'ouverture, dans les canaux biliaires ou la vésicule, l'estomac ou l'intestin, ou à travers la paroi abdominale. Souvent le malade succombe au marasme amené par l'infection putride ou par une maladie intercurrente ou encore par la production d'une autre collection purulente.

L'intervention chirurgicale dans de bonnes conditions d'antisepsie améliore beaucoup le pronostic. D'après un relevé du D<sup>r</sup> Castro (Caire) (1), la proportion des décès (%) est en effet de quatre-vingts dans les suppurations abandonnées à elles-mêmes et de vingt-trois dans celles où l'évacuation artificielle a été pratiquée; pour les grands abcès, elle est de quatre-vingt-huit, quand il n'y a pas eu opération et de soixante-huit après celle-ci; pour les petits abcès, de soixante-neuf quand il n'y a pas eu opération et de trente après intervention chirurgicale.

Le D<sup>r</sup> Laurie (2) sur trente-six cas d'abcès du foie traités par opérations a eu quatre décès (11 %).

La mortalité générale par l'hépatite suppurative s'est beaucoup modifiée avec les progrès de l'hygiène et de l'action thérapeutique. Si nous prenons les chiffres se rapportant à l'armée anglaise des Indes (troupes européennes), la mortalité moyenne générale par abcès du foie, avec ou sans dysenterie, a été en 1889 de 1.24 pour mille et en 1890 de 1.05 pour mille. La mortalité proprement dite limitée aux cas d'abcès du foie a été de 30 à 8.2 % des cas traités. Les Européens sont plus éprouvés que les indigènes.

(1) CASTRO (DE), *Des abcès du foie et de leur traitement*. (Union médicale, 1870.)

(2) D<sup>r</sup> LAURIE, *Annual Report for 1891 on the Civil Medical Department of Hyderabad*.

## DIAGNOSTIC

1° **Diagnostic général.** — Le *diagnostic général* se base sur les signes cliniques et les circonstances étiologiques que nous avons énumérés plus haut. Le séjour actuel ou antérieur dans les pays tropicaux, la coexistence de la dysenterie, de la diarrhée tropicale ou de la malaria sont des signes étiologiques, extrinsèques ou intrinsèques, qu'il faudra bien établir. Les signes fournis par l'examen du foie : augmentation de volume et déformation de l'hypocondre droit, la douleur locale et sympathique, (surtout celle qui s'irradie dans l'épaule droite et les muscles du cou ; la contraction des muscles droits de l'abdomen, la marche de la température (frissons et sueurs), l'attitude spéciale du malade dans le décubitus dorsal, etc., sont des signes anatomo-symptomatiques à rechercher minutieusement et qui sont de nature à lever tout doute, en ce qui concerne le diagnostic général.

Hassler et Boisson (1) signalent deux signes d'abcès dysentérique qui paraissent avoir une importance de premier ordre. Par la percussion et la palpation du foie, on a une sensation de ballotement profond et de rénitence pathognomonique, de dureté élastique tout à fait spéciale, comparable à celle que donnerait un ballon à caoutchouc à parois épaisses et fortement distendu. L'autre signe est fourni par l'auscultation de la région hépatique : c'est un bruit de froissement, de fine crépitation, analogue à celui que donne la pression sur la neige gelée coïncidant avec les deux temps de la respiration, mais surtout avec l'inspiration. Hassler et Boisson ont pu se convaincre qu'il prend naissance dans le tissu hépatique lui-même et qu'il est dû au tassement du tissu hépatique œdématisé aux environs de l'abcès par la pression exercée par le diaphragme. Ces deux signes serviront aussi à faire le diagnostic du siège.

2° **Diagnostic du siège.** — Le diagnostic du siège est parfois plus difficile à établir. La suppuration peut déterminer des symptômes locaux peu prononcés, vagues, obscurs, ou même nuls. En général cependant, la suppuration s'annonce par des frissons, des sueurs froides et visqueuses, de la fièvre et une aggravation de la douleur. Ces symptômes sont suivis d'une atténuation des signes subjectifs quand le pus est formé ; mais la fièvre perdue sous forme hectique. Puis, si l'abcès est superficiel et périphérique, il apparaît une tumeur d'abord empâtée, puis fluctuante qui ne laisse aucun doute sur le caractère de la maladie, ni sur son siège.

La toux sèche, l'oppression, le spasme aigu du diaphragme avec une augmentation de la matité hépatique aux dépens de la cavité thoracique

(1) *Revue de Médecine*, octobre 1896.

droite, avec diminution et même absence du murmure respiratoire, la douleur réflexe de l'épaule droite sont des symptômes qui indiquent un *abcès de la face convexe du foie*.

Les vomissements incoercibles et constants, le décubitus dorsal ou sur le côté droit avec flexion du membre inférieur droit, pour favoriser le relâchement des muscles abdominaux, la contracture du muscle droit de l'abdomen, la douleur plus ou moins intense vers l'un des points du rebord des fausses côtes depuis l'épigastre jusqu'à l'hypocondre, puis, plus tard, la formation d'une tumeur proéminente sous le rebord costal, ou dans un espace intercostal, indique la formation d'un *abcès de la face concave du foie*.

L'*abcès central* du foie peut rester ignoré, à cause de l'absence de symptôme local et de symptôme de voisinage bien marqué. S'il est volumineux, on est mis sur la voie du diagnostic par une certaine tuméfaction de l'organe, par la gêne respiratoire et des douleurs localisées et sympathiques. Dans ce cas, l'ictère serait plus commun et les troubles fonctionnels de l'estomac plus prononcés (Dutroulau).

La localisation ou la prédominance des symptômes douloureux et de la tuméfaction, à droite ou à gauche, et l'attitude du malade serviront à déterminer le lobe du foie qui est atteint. Si c'est le lobe droit ou la face convexe qui est atteint, le décubitus latéral droit est impossible; si c'est le lobe gauche ou la face concave, le décubitus latéral gauche n'est guère possible.

Dans les cas douteux, surtout si l'état général du malade demande une thérapeutique active, on pourra, avec toutes les précautions antiseptiques, recourir à la ponction exploratrice avant de tenter une intervention chirurgicale.

**3° Diagnostic différentiel.** — *Maladies générales fébriles.* — L'existence d'un état fébrile intermittent ou rémittent, d'une fièvre hectique avec grande émaciation caractérisant aussi certaines affections générales peut, dans certaines circonstances, détourner l'attention de l'hépatite suppurative. Dans les pays tropicaux, malgré l'absence de signes locaux, lorsque l'on se trouve en présence de manifestations fébriles irrégulières, *réfractaires à la quinine*, il faudra toujours penser à une lésion du foie. Il n'est pas rare que des abcès du foie donnent lieu à des symptômes qu'on attribue tantôt à la tuberculose, tantôt au typhus, tantôt à la malaria.

Il y a deux ans, à Spa, nous avons pu diagnostiquer un abcès du foie siégeant à la partie postéro-supérieure de l'organe, chez une personne qui depuis plus de six mois était soignée pour une tuberculose pulmonaire. Les circonstances étiologiques qu'on avait négligé de noter (dysenterie tropicale antérieure et séjour de deux ans à Caracas), nous mirent sur la voie du diagnostic. L'examen bactériologique des crachats démentait abso-

lument l'existence de la tuberculose. Les signes stéthoscopiques étaient nuls aux sommets; la percussion démontrait l'existence d'une matité complète à la base du poumon droit, avec absence de murmure respiratoire et de vibrations, mais sans souffle ni au niveau, ni immédiatement au-dessus. Il y avait un point de côté très douloureux, s'irradiant vers l'épaule droite, dyspnée et hoquet persistant. Le diagnostic: *abcès tropical de la face convexe du foie*, fut posé et confirmé deux jours plus tard par une vomique de matières purulentes dans lesquelles on put retrouver des débris de tissu hépatique. Malgré tous les soins, la malade succomba un mois plus tard à l'épuisement produit par la persistance de la suppuration et par la fièvre hectique. L'attention n'avait pas été attirée du côté du foie à cause du séjour actuel en Europe de la malade et de la rareté des abcès du foie dans nos contrées, et c'est ce qui explique l'erreur du diagnostic.

**TYPHUS A FORME ICTÉRIQUE.** — L'hépatite s'en distingue par ses accès fébriles, par des signes hépatiques plus marqués, par sa marche ordinairement plus chronique et moins cyclique, par l'absence de taches rosées lenticulaires, de douleur et de gargouillement à la région iléo-cœcale.

**PYLÉPHLÉBITE SUPPURATIVE.** — La douleur s'étend à tout l'abdomen; il y a mégalosplénie plus précoce et plus accentuée. Le foie est rarement tuméfié; enfin il y a un ictère qui donne à la maladie l'apparence d'un typhus à forme bilieuse. Il y a souvent de la diarrhée, parfois sanguinolente, du météorisme et de la phlébectasie abdominale.

**PLEURÉSIE ET PNEUMONIE.** — C'est surtout avec les abcès de la face convexe que ces deux maladies peuvent être confondues, à cause d'un certain nombre de symptômes communs. Cependant, avec un peu d'attention, la confusion sera évitée.

Dans la *pleurésie*, le point de côté siège souvent à la région mammaire et s'étend à tout le côté de la poitrine; dans l'hépatite suppurative, la douleur siège à l'hypocondre et s'irradie vers l'épaule droite.

Le décubitus, dans la pleurésie droite, est dorsal ou latéral droit, après la disparition des premiers symptômes d'acuité. Il y a disparition des vibrations et du murmure respiratoire dans toute la partie qui correspond à l'épanchement, mais il y a un souffle manifeste immédiatement au-dessus et souvent de la bronchophonie, de la pectoriloquie aphone, de l'égophonie, etc.

Dans la *pneumonie* qui est une maladie à cycle défini, on constate un souffle bien caractérisé, des râles crépitants fins ou sous-crépitanants, une augmentation des vibrations, des crachats rouillés caractéristiques, une douleur sous forme de point de côté siégeant au niveau du mamelon sans irradiation vers l'épaule.

Dans les deux affections, les vomiques sont rares et en examinant bien

le pus évacué, on n'y retrouve pas les cellules hépatiques, ni la matière biliaire qui se rencontrent dans la vomique des abcès hépatiques.

De plus, après l'évacuation des abcès hépatiques par les bronches, il se produit une expectoration de pus rougeâtre de couleur chocolat avec mélange de débris villeux (lobules jécoraux) qui est pathognomonique.

## TRAITEMENT

**A. Prophylactique.** — Le traitement prophylactique est celui de l'hépatite aiguë. Il est basé sur l'observation des règles de l'hygiène tropicale. Les boissons alcooliques seront strictement proscrites, la nourriture ne sera pas trop animalisée. On évitera les fatigues excessives, l'exposition à la chaleur humide, au refroidissement quand le corps est en transpiration. On entretiendra la liberté du ventre sans pourtant faire abus des purgatifs. On soignera attentivement les affections gastro-intestinales et on rapatriera immédiatement les dysentériques et ceux qui ont une tendance à des poussées hyperémiques du foie sous l'influence d'accès malarieux.

**B. Médical proprement dit.** — Au début, le traitement médical sera celui de l'hépatite aiguë que nous avons décrit précédemment : séjour au lit, sangsues ou ventouses scarifiées, enveloppements humides, pommade mercurielle belladonée; purgatifs, surtout le calomel, sauf en cas de dysenterie concomitante; le chlorure d'ammonium avec l'extrait fluide de Cascara Sagrada que les auteurs anglais vantent comme pouvant non seulement enrayer la formation des abcès, mais encore amener la résolution par résorption de ceux qui sont formés. *Localement*, les applications révulsives ou calmantes, parfois des sacs à glace, *loco dolenti*.

Lorsque la suppuration s'est produite, il faut se hâter d'évacuer le pus. S'il reste un doute, on recourra à la ponction exploratrice en prenant toutes les précautions antiseptiques nécessaires.

Lorsque le diagnostic d'abcès du foie est posé, il y a deux méthodes possibles d'intervention chirurgicale :

1° La ponction suivie ou non d'aspiration au moyen des appareils de Potain ou de Dieulafoy; 2° l'incision.

La *ponction aspiratrice* donne souvent de bons résultats. Sur trente-six cas d'abcès du foie traités par cette méthode, le Dr Laurie a obtenu trente-deux guérisons et quatre décès seulement (11 %). Il faudra donc recourir à cette méthode dans tous les cas où le pus ne vient pas se montrer à la surface, d'autant plus qu'une ponction exploratrice n'entrave en rien une incision ultérieure rendue nécessaire et n'aggrave pas le pronostic de celle-ci. Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu de s'inquiéter s'il s'est

formé des adhérences protectrices entre l'organe malade, le péritoine et la paroi abdominale ; on doit se hâter d'évacuer le pus et ne pas reculer devant plusieurs ponctions exploratrices pour trouver le siège de l'abcès. C'est surtout lorsqu'on redoute une ouverture prochaine de l'abcès vers quelque organe voisin qu'il faut de bonne heure donner issue au pus. Si l'opération est antiseptique, il n'y a aucun danger à ponctionner le foie sauf en cas de cachexie leucocythémique où une hémorragie intrapéritonéale incoercible est à craindre. On peut, dans les cas ordinaires, traverser une grande épaisseur du tissu hépatique, sans avoir à craindre d'hémorragie, sauf s'il s'agit de personnes épuisées et anémiques.

On emploiera de préférence des trocarts avec larges canules qui puissent rester en place et servir de tube de drainage. Si l'on craint une hémorragie, on se servira de trocarts à rainure avec canule, qu'on laissera en place un jour ou deux, ou plus, le pus pouvant être évacué par la canule ; puis on agrandira l'ouverture au moyen d'une pince dilatatrice afin de pouvoir introduire un tube de drainage dans la cavité de l'abcès. Le drain sera laissé en place jusqu'à ce qu'il soit expulsé par la formation des granulations qui viennent combler la cavité de l'abcès.

Si la collection purulente vient se montrer à l'extérieur, ce qui se marque par une voussure d'une portion limitée de la paroi thoraco-abdominale, par un empâtement œdémateux et par la fluctuation à ce niveau, on recourra à l'*incision* au bistouri, précédée d'une ponction, sans craindre de provoquer un épanchement intrapéritonéal. En effet, on est alors presque certain qu'il s'est formé des adhérences protectrices entre le foie, le péritoine et la paroi abdominale ; on s'en assure d'ailleurs au moyen de l'auscultation et si, exceptionnellement, les adhérences n'avaient pas eu le temps de se former, on provoquera leur formation au moyen d'applications du caustique de Vienne, à moins que la ponction ne doive être faite dans un espace intercostal, auquel cas ce procédé n'est pas nécessaire.

En l'absence de tout indice révélateur du siège précis de l'abcès, Marbox (1) donne comme lieu d'élection de la ponction, le huitième ou le neuvième espace intercostal sur la verticale du bord antérieur de l'aisselle si l'abcès siège dans le lobe droit, auquel cas la suppuration proémine d'ordinaire à la face convexe ; le rebord des cartilages costaux, un peu en dehors de la verticale répondant au bord droit du sternum (trocart dirigé en haut et en arrière) si l'hépatite suppurative est présumée siéger dans le lobe gauche, où le pus marche plutôt vers la face concave.

Si l'on a recours à l'*incision au bistouri*, on aura soin de faire précéder celle-ci d'une ponction exploratrice, au moyen d'un trocart, avec rainure,

(1) MARBOX, *Du Traitement des abcès du foie*. (Revue de chirurgie, 10 mai 1887.)

muni de sa canule. La rainure de la canule sert alors comme une sonde cannelée pour conduire le bistouri sûrement à l'abcès. D'après Stromeier Little, il faut donner à l'incision une direction parallèle aux côtes et une étendue de 5 à 6 centimètres. L'hémorragie est rarement à craindre; l'écoulement sanguin s'arrête de lui-même aussitôt que le pus trouve une issue, où il rencontre un obstacle dans la pression du tube ultérieurement introduit entre les lèvres de la plaie.

Il est absolument indispensable de faire ces opérations avec l'antisepsie la plus rigoureuse. Les instruments seront soigneusement aseptiés dans l'eau portée à 100°, ou par le passage à l'étuve, ou encore en les plongeant pendant un certain temps dans un liquide antiseptique.

La peau où doit se faire l'incision ou la ponction sera exactement lavée et désinfectée au moyen de solution d'acide phénique 2 1/2 % ou de sublimé corrosif 1 %; quand le pus aura été évacué, il faudra pratiquer dans la cavité de l'abcès une ou plusieurs injections d'une solution antiseptique faible (acide phénique 1 % ou 1/2 %); solution de peroxyde d'hydrogène, eucalyptus et assurer l'écoulement du pus et des liquides de lavage de l'abcès par un bon drain fonctionnant bien.

Le bout extérieur du drain, maintenu par une épingle de sûreté, traversera un large carré de batiste de Billoth et reposera au milieu de couches épaisses de gaze sublimée, salicylée ou phéniquée, absorbant bien les sécrétions au fur et à mesure de leur production. Le tout sera recouvert de batiste de Billoth, et maintenu au moyen d'un bandage pas trop serré afin de permettre au drain de bien fonctionner. Au début, on changera le pansement deux fois par jour; puis, on se contentera ensuite de le changer une fois par jour, ou même à de plus longs intervalles. Dans les colonies, on pourra user pour remplacer la batiste de Billoth, d'un carré de feuille de bananier qui est un excellent succédané des tissus imperméables.

On s'assurera à chaque pansement que le drain n'est pas obstrué, soit par du pus épais, soit par des débris de tissu. La rétention du pus, dans la cavité, sera d'ailleurs marquée par des symptômes fébriles: frissons, augmentation de la température et sueurs. S'il n'y a pas de rétention et que ces symptômes se manifestent, c'est signe qu'il s'est formé un second abcès.

Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, il est bon d'assurer la tranquillité du patient, le repos des plans musculaires et celui de l'intestin par l'administration de préparations opiacées ou par des injections sous-cutanées de morphine. S'il existe des symptômes de dysenterie ou de diarrhée chronique, il vaudra mieux laisser le malade à la *diète lactée* (3 à 4 onces de lait par heure). S'il y a un peu de dépression, on donnera les stimulants (un peu de cognac ajouté au lait).

Les règles de l'intervention chirurgicale dans les abcès du foie peuvent être ainsi résumées :

1<sup>o</sup> Aussitôt qu'on est certain que le pus est formé, il faudra ouvrir, pour lui donner une issue ;

2<sup>o</sup> On drainera largement la cavité de l'abcès ; on s'assurera que le drain fonctionne bien et on préviendra la décomposition du pus dans la cavité par des injections antiseptiques ;

3<sup>o</sup> On observera très minutieusement les précautions antiseptiques, non seulement pour le lavage des cavités de l'abcès, mais encore pour les instruments et les pansements employés.

Zancarol (1) (d'Alexandrie), pour éviter l'introduction du pus des abcès dans le péritoine ou la plèvre, a imaginé le procédé opératoire suivant : 1<sup>er</sup> temps, la ponction ; 2<sup>e</sup> temps, l'incision au thermo-cautère avec résection d'une côte, si c'est nécessaire ; 3<sup>e</sup> temps, toilette de l'abcès avec une solution d'acide salicylique 1 ‰. Cela fait, on remplit la cavité de gaze iodoformée et on complète le pansement antiseptique. Pour les abcès du lobe gauche, Zancarol emploie le bistouri et le même procédé opératoire sauf que l'on n'a pas besoin de réséquer de côte.

Sur 115 abcès du lobe droit, il a eu 58 guérisons et 57 morts. Pour les abcès du lobe gauche, sur 30 abcès, 17 ont guéri et 13 morts.

## CONGESTION CHRONIQUE DU FOIE

**Étiologie.** — La congestion chronique du foie qui peut se présenter sous tous les climats comme conséquence d'une maladie, ne nous occupe pas. Nous voulons seulement décrire brièvement la congestion chronique du foie qui résulte du séjour dans les contrées tropicales, aussi bien celle qui s'observe pendant le séjour que celle qui s'observe après le retour au pays et comme conséquence du séjour sous les tropiques.

Dans les conditions ordinaires, la congestion chronique peut résulter d'un *trouble de circulation de cause mécanique* (affection du cœur ou des poumons, tumeurs, etc.). Parfois, elle est la terminaison de l'*hépatite aiguë*, soit directement, soit après plusieurs attaques. Le plus souvent elle s'établit lentement, graduellement, insidieusement, sans symptômes aigus.

Elle résulte indubitablement de l'action continue d'une *haute température*, surtout chez les individus qui mènent une *vie sédentaire*, chez ceux qui *vivent trop librement* et surtout chez ceux qui ont des *habitudes d'intempérance alcoolique*.

Les *accès malarieux*, en déterminant dans la glande hépatique une hypé-

(1) *Mém. de l'Acad. de Médec. de Paris*, 6 février 1894.

rémie et un état congestif répété, finissent par amener les transformations permanentes de la congestion chronique.

La tendance à la congestion chronique est influencée par diverses causes : les *repas trop copieux*, l'*exposition au froid*, amènent des congestions passagères qui, *répétées souvent*, finissent par amener des lésions permanentes du foie (hypertrophie du tissu conjonctif avec atrophie des éléments glandulaires d'abord, puis, plus tard, véritable cirrhose atrophique, dégénérescence graisseuse ou lardacée). C'est l'état dans lequel on trouve le foie chez ceux qui sont restés de nombreuses années sous les tropiques. L'augmentation de volume est généralement uniforme et s'étend dans toutes les directions, mais à des degrés différents : tantôt à peine appréciable, dépassant à peine le rebord costal ; tantôt, au contraire, colossale au point que l'organe descend jusqu'au niveau de l'ombilic. Dans la congestion malarienne, le foie envahit une portion de l'espace thoracique en soulevant, du côté droit, le diaphragme et le poumon, et du côté gauche, en déplaçant le diaphragme et le cœur, pressant trop fortement en bas sur l'estomac, le colon et le rein droit.

**Symptômes et marche.** — Il existe rarement de la douleur au niveau du foie ; le plus souvent, on rencontre une certaine sensibilité, du malaise, une sensation de pesanteur dans le côté. Quand la douleur existe ou qu'elle est provoquée par la pression, un choc ou un faux pas, elle s'irradie jusque dans l'épaule et le bras. On constate souvent aussi, à la pression, une contraction exagérée des muscles droits de l'abdomen.

Un exercice violent produit de la dyspnée et des palpitations plus ou moins fortes, suivant le volume du foie et la pression qu'il exerce sur les organes avec lesquels il est en rapport. Les selles sont irrégulières ; la constipation alterne avec la diarrhée. Il existe de la gastralgie et de la flatulence ; l'appétit est diminué et la digestion difficile, surtout au déjeuner du matin, et à celui de midi. Les malades se plaignent généralement de fatigue précoce, et de déperdition des forces. Plus tard, avec les progrès de la congestion, il se produit des nausées et des vomissements. La langue est presque toujours couverte d'un enduit épais brunâtre ; le matin, la bouche est mauvaise ; il y a anorexie ; les selles sont pâles, argileuses. La peau est sèche, parcheminée, blême ou couleur paille, rarement ictérique ou subictérique, transpirant facilement au moindre effort. Le fond du teint est plutôt anémique. La température s'accroît un peu le soir, le pouls est faible et dépressible. L'urine est très acide, peu abondante, très chargée d'urates, parfois albumineuse, toujours très colorée par les pigments biliaires.

Les symptômes peuvent être légers et obscurs. Si l'on constate, dans ce cas, une tuméfaction du foie, il faut penser à un abcès. Nous avons vu précédemment que des abcès peuvent rester indolents très longtemps et ne donner lieu à aucun symptôme marqué.

Dans les premiers stades de la maladie, quand il n'y a pas encore de changements pathologiques dans le tissu du foie, on peut encore espérer une guérison complète. Plus tard, quand l'organe est atrophié ou qu'il a subi la dégénérescence, on ne peut plus espérer le rétablissement complet.

**Traitement.** — Le régime diététique est le plus important des points du traitement. Il faudra donner une nourriture juste suffisante en quantité, mais sous la forme la plus simple, la plus digestive et la moins irritante. Pas de nourriture trop azotée, pas d'épice, pas d'alcool comme tel ou comme boisson fermentée. Le meilleur aliment est le lait pur ou coupé d'eau alcaline (Vichy, Vals). Le malade se livrera régulièrement à un léger exercice sans excès de fatigue et en évitant la trop longue exposition au soleil ou à la chaleur, et les variations brusques de température. On régularisera les selles en donnant tous les jours ou aussi souvent que le besoin s'en fait sentir les eaux purgatives : Hunyadi Janos, Pulna, etc., ou bien le sel de Carlsbad. En cas d'urgence, on recourra au calomel ou à la podophylène; à l'évonymine, à la dose de 6 à 8 centigrammes avec un peu de rhubarbe, surtout s'il existe de la douleur et de la pesanteur dans le côté.

On donnera en même temps le chlorure d'ammonium à la dose de 1 gramme à 1<sup>er</sup>20, trois fois par jour. Nous l'associons souvent à l'extrait fluide de Cascara Sagrada pour déterminer en même temps des selles.

Nous prescrivons dans ce cas le remède sous forme de potion ainsi formulée :

Chlorure d'ammonium . . . . .	6 grammes.
Extrait fluide de Cascara Sagrada . . . .	5 id.
Eau de fleur d'oranger . . . . .	150 id.
Suc de réglisse . . . . .	15 id.

M. D. S. Une cuillerée à soupe par heure.

Contre l'anorexie, les amers, la pepsine, les acides chlorhydrique, ou nitro-hydrochlorhydrique dilué du Codex Britannique, etc.

Localement, on applique sur le côté de la teinture d'iode en couches répétées, de façon à déterminer une légère irritation de la peau.

Pendant la convalescence, on usera des préparations martiales et principalement des eaux ferrugineuses (Spa-Pouhon, Schwalbach-Sthalbrünnen).

L'*hydrothérapie* pourra rendre quelques services dans la congestion chronique. Les douches froides générales et les douches hépatiques conviennent bien; mais si la douche froide est mal supportée, on emploiera, au préalable, une douche chaude, ou l'étuve à la lampe, afin d'activer les fonctions de calorification qui s'épuisent trop facilement.

Le rapatriement est le seul moyen véritablement efficace à opposer à l'aggravation de la maladie et à l'établissement de lésions irréparables.

## CHAPITRE XIII

## PLAIES INFECTÉES

## A. — MORSURES DE SERPENTS

Les serpents pullulent dans l'Afrique équatoriale; cependant les espèces venimeuses sont relativement rares. Les plus communes parmi ces dernières sont : le *trigonocéphale* et l'*échidné heurtante* ou serpent cracheur (1); c'est loin d'être un fléau aussi redoutable que dans l'Inde où l'on estime à 20,000 par an le nombre des personnes qui succombent aux morsures de serpents (Fayrer, 1873).

Dans toutes les espèces, les organes qui sécrètent le poison, sont deux glandes analogues aux glandes parotides, placées à peu près comme elles, et dont les conduits excréteurs viennent se terminer dans deux dents de la mâchoire supérieure. Ces dents ont une forme particulière; elles sont perforées par un canal, ou portent simplement une gouttière à la face postérieure.

Chez les serpents, la mâchoire supérieure est mobile; en serrant sa proie, les dents pénètrent dans la peau. Le mouvement de pression exécuté par la mâchoire détermine la compression des glandes et l'écoulement du venin dans les plaies faites par les dents.

Ces plaies sont à peu près analogues aux piqûres d'une grosse épingle; cependant, elles pénètrent parfois à travers toute l'épaisseur de la peau.

Le produit des glandes est un liquide jaunâtre, visqueux, transparent, présentant l'aspect d'un vernis gommeux, neutre aux réactifs. Le bioxyde de cuivre hydraté le colore en violet. Très putrescible, il est soluble dans l'eau froide ou chaude; mêlé à l'alcool ou à l'ammoniaque, il est presque aussi actif qu'à l'état de pureté. La substance active n'en est pas encore connue, quoiqu'elle paraisse être une substance albuminoïde. On ne sait si le poison est identique ou non chez tous les serpents, malgré la diversité des symptômes provoqués par lui. On n'explique pas pourquoi des espèces

(1) Le serpent cracheur, *spugg-slang*, quand il est suivi de trop près, fait face, lance du creux de ses crochets un acide très caustique, ayant l'odeur de l'acide formique, et le crache juste à la face de son ennemi. Si l'on est suffisamment près du reptile, on est certain d'être aveuglé si cette liqueur acide vient à toucher les yeux.

très rapprochées possèdent un venin d'une action très différente quant à son intensité. Le venin sec est aussi actif que le venin récent, mais il se putréfie rapidement.

Un fait commun à tous les venins, c'est leur grande instabilité et la facilité avec laquelle ils se transforment sous l'influence des liquides digestifs. Presque tous les venins sont sans action sur l'estomac: *non gustu, sed vulnere nocent* est un vieil adage de Celse qui est absolument vrai.

**Symptômes.** — Les symptômes sont identiques pour les morsures de tous les serpents; seulement, l'intensité est différente selon l'espèce ou selon que l'animal a mordu pour la première fois après un long repos, ou bien s'il a mordu peu de temps après avoir déjà perdu du venin par des morsures répétées. Il semble que l'état du blessé au moment de la morsure ait une certaine importance au point de vue de la rapidité de la résorption.

**SYMPTÔMES LOCAUX.** — Ce sont d'abord les deux piqûres qui traversent souvent la peau, parfois même les couches superficielles des muscles. Le blessé ressent une douleur cuisante qui s'étend rapidement aux parties voisines. Le membre mordu gonfle à vue d'œil; il se forme un cercle rouge autour de chaque piqûre avec des ecchymoses; on voit suinter de chaque plaie des gouttes d'un liquide sanguinolent. Quand la tuméfaction a atteint son maximum, la douleur diminue et le gonflement inflammatoire cède un peu pour passer à un œdème flasque, presque cadavérique. Le membre devient froid, insensible, se couvre de taches noires d'abord, puis gangréneuses, qui finissent par envahir tout le membre. Ces symptômes surviennent suivant l'intensité du venin, au bout de quelques heures, ou bien au bout de deux ou trois jours au maximum.

**SYMPTÔMES GÉNÉRAUX.** — Les symptômes généraux apparaissent au bout de quelques heures dans les intoxications légères, au bout de quelques minutes, dans les intoxications graves. C'est d'abord un sentiment d'angoisse, avec de la dyspnée, un pouls faible accéléré, irrégulier; puis des nausées et des vomissements, de la douleur épigastrique interrompue par des syncopes. Puis surviennent des selles diarrhéiques nombreuses, liquides, avec diminution de la sécrétion urinaire ou même anurie.

La peau prend une teinte légèrement ictérique et se recouvre d'une transpiration froide et visqueuse. Le facies est stupéfié, immobile. Il se produit des vertiges, du délire. Le malade se plaint de soif intense; la langue est sèche et noire; dans certains cas graves, il se produit des épistaxis, des hémorragies buccales et intestinales. Dans certains cas, les phénomènes locaux n'ont pas le temps de se manifester et les blessés meurent avant même que le gonflement ait pu se développer. Le danger est d'autant plus grand que le venin est plus actif, que l'animal n'a pas mordu depuis quelque temps et que la partie atteinte est plus rapprochée du cœur. Une blessure de la face, du cou, du thorax est plus rapidement mortelle qu'une blessure des membres.

Les *lésions* observées dans les quelques cas d'autopsie pratiquée sont : une imbibition des tissus du membre blessé par un liquide rougeâtre d'odeur infecte, par un changement de forme des globules sanguins avec une tendance du sang à rester liquide longtemps après la mort et à s'infiltrer facilement dans les tissus. Suivant certains observateurs, les cadavres se conservent plus longtemps ; suivant d'autres écrivains, ils se putréfient plus rapidement que normalement.

**Traitement.** — Le traitement *local* consiste à arrêter l'absorption du venin et à en combattre les effets *in situ*. On emploiera la *constriction du membre* au-dessus de la blessure ; la cautérisation de la plaie elle-même pour détruire le venin. Il ne faut pas craindre d'agrandir les plaies par une incision, de faire la succion et l'aspiration au moyen de la bouche, à condition que la muqueuse buccale soit intacte, de faire des lavages antiseptiques, et même la cautérisation au fer rouge. Les cautérisations à l'ammoniaque sont trop superficielles pour être efficaces contre les morsures graves.

On dit qu'il y a des *antidotes* connus des habitants des pays intertropicaux ; mais, en tous cas, ils n'agissent qu'immédiatement après la morsure et ils doivent être très peu connus des noirs eux-mêmes si on en juge d'après leur frayeur des morsures de vipères.

La *majaja* (*malpighia* ?), arbuste d'une famille voisine des papillonacées, est employé contre la morsure des serpents et les plaies de mauvaise nature. C'est la poudre des racines qui est employée localement et la décoction à l'intérieur.

Les *injections intraveineuses* d'ammoniaque préconisées par les médecins anglais et américains donnent peu de résultats et ne sont pas elles-mêmes sans danger.

De Lacerda (1) a obtenu plusieurs guérisons par l'emploi du permanganate de potasse administré en injections sous-cutanées. On se sert d'une solution 1 ‰. Après avoir placé une ligature au-dessus de la morsure, on injecte lentement la solution dans les deux plaies, une demi-seringue de Pravaz dans chacune, et on comprime le tissu pour faciliter la diffusion du liquide. Si l'enflure est déjà considérable, on fera encore des injections vers la limite de l'enflure. Soumise à l'examen de l'Académie des sciences, la méthode a été reconnue comme ne pouvant être utile que dans les cas de morsures très récentes.

Dans une série d'expériences, Calmette (2), Phisalix et Bertrand ont

(1) DE LACERDA et COUTY, *Sur le venin du serpent Bothrops*. (Comptes rendus de l'Acad. des Sc., 28 févr. 1881.)

(2) A. CALMETTE, *Contribution à l'étude du venin des serpents*. (Ann. de l'Institut Pasteur, 25 mai 1894) et *Propriétés du sérum des animaux immunisés contre le venin des serpents et thérapeutique de l'envenimation*. (Arch. de Méd. nav. et colon., t. LXI, p. 291, 1894.)

montré que le sérum des animaux immunisés contre le venin des serpents était antitoxique et que le mélange de venin et de sérum antivenimeux, en proportions déterminées, est inoffensif. En attendant l'application du traitement par sérum immunisant, Calmette recommande le traitement par les injections d'hypochlorites alcalins. *In vitro*, 3 gouttes d'une solution de chlorure de chaux ou d'hypochlorite de soude, 1 sur 12, suffisent pour annihiler immédiatement l'action de 1 milligramme de venin de cobra ou de 10 milligrammes de venin de vipère, dissous dans un centimètre cube d'eau. Sur les animaux, on évite sûrement la mort en injectant, vingt minutes après la blessure mortelle, la solution de chlorure de chaux. En présence d'une morsure de serpent venimeux chez l'homme, l'auteur conseille : 1° la ligature modérée au-dessus de la plaie; 2° injection dans la plaie d'inoculation et tout autour de 20 à 30 centimètres cubes d'une solution récente de chlorure de chaux sec et purifié, à 1 pour 12 grammes d'eau bouillie; 3° enlèvement de la ligature et lavage de la plaie avec une solution concentrée de chlorure de chaux; 4° soutenir l'énergie cardiaque à l'aide d'injections d'une faible dose de morphine ou de caféine. On peut encore agir utilement 50 minutes après l'accident.

Le traitement *général* se résume dans l'emploi des diurétiques, sudorifiques et vomitifs. Les alcooliques raniment le système nerveux et favorisent la sortie du venin en l'éliminant par les diverses voies excrétoires (reins, poumons, peau).

## B. — PIQUES DE SCORPION ET DE SCOLOPENDRE

**Scorpion.** — Genre d'araignée, type de l'ordre des scorpionides. Le corps en général est allongé, aplati; il porte en avant deux pattes ou palpes en forme de pinces ou serres, formées de deux crochets dont un seul est mobile sur l'autre; l'abdomen se prolonge en une queue mobile, faite de six articulations anguleuses, mais susceptibles de se mouvoir en dessus ou de se redresser pour diriger le dernier anneau, armé d'un crochet venimeux, dans tous les sens que l'animal désire. Le dernier article de la queue forme un renflement comme un nœud ovoïde, roussâtre, hérissé de quelques poils rares, et offrant à sa partie inférieure une rainure médiane qui correspond à la séparation de deux glandes à venin. Celles-ci communiquent par deux ou trois canaux avec la base du dard percé d'un orifice unique, près de la pointe. Cette pointe est dure, légèrement arquée et brunâtre à son extrémité. Le venin du scorpion présente l'apparence d'une eau chargée de gomme, se cristallisant presque aussitôt après sa sortie du corps de l'animal.

Le scorpion a la queue extrêmement mobile en tous sens; il la tient

ordinairement repliée en forme d'arc, au-dessus du corps, l'extrémité tournée vers la tête et toujours prête à piquer. Les scorpions mâles sont plus petits que les femelles.

Les scorpions sont très répandus dans l'Afrique équatoriale. On les trouve sous les pierres, dans les crevasses des vieux murs, dans les plafonds et les planchers des maisons; souvent ils se cachent, pendant le jour, dans des habillements pendus aux murs. Leur taille et leur grosseur varient beaucoup. Ceux d'Afrique ont parfois plus de 15 centimètres de longueur.

**SYMPTÔMES.** — La *piqûre* du scorpion est caractérisée par une tache d'un rouge foncé, qui s'agrandit insensiblement et devient noirâtre à son centre. Cette tache dure sept à huit jours, rarement quinze. Il se produit parfois à la suite de la piquûre, un ensemble de symptômes alarmants. Il y a d'abord un gonflement considérable de la partie piquée, accompagné d'une douleur intense, de vomissements et de phénomènes fébriles et nerveux. Rarement cependant les piquûres, même des plus gros scorpions, peuvent entraîner la mort.

La tache rouge foncé avec point noir central provoquée par la piquûre, varie de grandeur et d'intensité suivant la quantité de venin introduite; souvent il se produit à la surface de petites élevures phlycténoïdes. La fièvre n'est pas constante, elle s'accompagne de frissons, d'engourdissement, de convulsions locales ou générales, de hoquet, de vomissements, de syncopes, de tremblements et de douleur. Les ganglions dépendant de l'aire cutanée atteinte par la piquûre sont souvent tuméfiés et peuvent même suppurer. Nous avons vu dans quelques cas, le point noir central de la tache se gangréner et s'éliminer sous forme d'escarre en déterminant la formation d'une ulcération superficielle.

**TRAITEMENT.** — Il est toujours utile, quand on a été piqué par un scorpion, de sucer la petite plaie pour bien la faire saigner, ou mieux encore s'il est possible, d'appliquer une ventouse pour en extraire le venin. Après la succion, on lavera la petite plaie; puis on appliquera à la surface des compresses imbibées d'eau ammoniacale. On pourrait aussi détruire le venin dans la plaie au moyen du fer rouge.

**Scolopendre.** — (Centipède, mille-pattes.) Genre de myriapodes de l'ordre des Chilopodes, type de la famille des scolopendrides qui comprennent un grand nombre d'espèces, habitant les régions chaudes et tempérées du globe.

Les scolopendres ont un corps comprimé et allongé, composé de vingt et quelques segments, les antennes longues, allant en diminuant de la base à l'extrémité; les yeux stemmatiformes, au nombre de quatre de chaque côté. Leur bouche est composée d'une lèvre quadrifide, de deux mandibules, de deux palpes ou petits pieds réunis à leur base et d'une seconde lèvre formée par une paire de pieds dilatés, joints à leur naissance et ter-

minés par un fort crochet percé sous son extrémité, d'un petit trou pour la sortie d'une liqueur venimeuse. Elles ont encore des forcicules ou pieds maxillaires robustes; le corps composé d'anneaux imbriqués, recouverts chacun d'une plaque cartilagineuse ou coriace, des pattes nombreuses, courtes, disposées de chaque côté du corps, presque égales, à l'exception des dernières qui sont plus longues. Ces bestioles ont le corps mou et flexible dans tous les sens; elles courent avec rapidité, fuient la lumière et se cachent sous les pierres, la terre, les écorces d'arbres, les bois pourris, les vieilles poutres, les mousses, les feuilles sèches, entre les fissures des cloisons et jusque dans les habitations.

La *scolopendre mordante* qu'on rencontre dans l'Afrique équatoriale est longue de 10 centimètres environ, d'une couleur ferrugineuse verdâtre, à segments carrés et aplatis; elle a au moins vingt paires de pattes dont les dernières sont beaucoup plus longues.

La morsure des scolopendres de grande taille peut déterminer des symptômes plus dangereux que ceux de la morsure du scorpion. Il survient parfois des frissons, de la fièvre, un gonflement considérable de la partie atteinte. Les symptômes locaux et généraux sont à peu près analogues à ceux qui sont provoqués par la morsure du scorpion. Le traitement des accidents est aussi le même. La morsure est rarement mortelle et ses effets se dissipent souvent par une simple compresse d'eau ammoniacale.

### C. — ARMES EMPOISONNÉES

Les blessures produites par des armes empoisonnées et surtout par des flèches sont assez rares dans l'Afrique équatoriale. Nos connaissances sur l'action des poisons employés dans différents buts sont assez incomplètes.

Il y a des armes de guerre et des armes de chasse qui sont empoisonnées par des poisons différents.

Elles déterminent l'empoisonnement des plaies qu'elles font et parfois la mort; mais les poisons employés pour les armes de chasse ont ceci de particulier qu'ils n'altèrent pas la viande de l'animal.

Nous connaissons quelques-unes des substances employées par les tribus sauvages d'Afrique, mais on n'a pu jusqu'à présent étudier leur action physiologique.

Les *négres d'Afrique* emploient comme poison pour empoisonner leurs armes le suc de plantes du genre *Euphorbe* ou le liquide extrait des bulbes de quelques *Amarillidacées*, ou des graines de l'*Inée* ou *Onuye*, plante de la famille des *Apocynées*. (Gabon.) Le poison amène une réaction intense dans la plaie et à l'entour et surtout un gonflement rapide, puis des convulsions surtout des extrémités, du trismus, puis de la paralysie générale et la mort. On n'a pas de notions exactes sur la rapidité d'action des

poisons employés par ces tribus sauvages. Il paraît cependant certain que les peuples sauvages connaissent des antidotes pour guérir les plaies causées par leurs armes. Ils parviennent quelquefois à arrêter l'action toxique en suçant la plaie, ce qui prouverait que l'effet mortel ne se produit pas instantanément.

On a prouvé par l'expérience que l'application de ventouses et la stricture locale arrête l'empoisonnement en empêchant sa résorption. Il résulte de cette connaissance qu'il faut employer comme traitement de ces plaies la constriction élastique faite au-dessus de l'endroit où siège la plaie et essayer de détruire le poison dans la plaie en l'excisant, ou en la débriant largement, puis en la cautérisant avec la potasse caustique, ou le chlorure de zinc. Si la résorption a lieu, on traite les symptômes puisqu'on ne connaît pas l'antidote du poison.

Nous ne dirons que quelques mots des poisons employés par les tribus sauvages de l'Asie, de l'Océanie et de l'Amérique du Sud.

En Asie et en Océanie, les substances toxiques servant à empoisonner les armes, sont extraites de deux arbres : le *Strychnos Tienté* et l'*Antiaris toxicaria*.

La substance extraite du premier de ces arbres est connue sous le nom d'*Upas-Tienté* et agit principalement par la strychnine ; celle qui est extraite du second s'appelle *Upas-Antiaria* et contient de l'*Antiarine*.

Les poisons employés par les Indiens de l'Amérique du Sud proviennent de plusieurs arbres, mais leurs effets sont à peu près identiques. On les désigne sous le nom de *Curare* quoique cette substance soit un mélange variable et provenant de plusieurs plantes peu connues. Le principe actif est la *curarine*.

La *Strychnine* contenue dans l'*Upas-Tienté* produit des convulsions réflexes ayant le caractère du tétanos. Elle agit aussi bien par la voie intestinale que par résorption directe.

L'*Antiarine* est un poison qui provoque rapidement la paralysie du cœur.

Le *Curare* possède une action contraire à celle de la strychnine. Il amène une paralysie complète des muscles striés, d'abord des muscles volontaires et en dernier lieu des muscles respiratoires. Il tue par la suppression de la respiration pendant que le cœur continue à battre encore pendant quelque temps.

## D. — ULCÈRES PHAGÉDÉNIQUES. — SARMES

**Synonymie :** *Sarmes* (Congo). — *Ulcère phagédénique endémique; phagédénisme des pays chauds; ulcères de l'Yemen, de Mozambique, de l'Annam, de Cochinchine, etc.* (Fr.) — *Tropical Sloughing phagedoena.* (Angl.)

**Définition.** — L'*ulcère phagédénique* ou *Sarme* n'est pas à proprement parler une maladie; c'est un symptôme, une modalité de certaines lésions ulcéreuses. C'est une plaie caractérisée par une extension considérable de ses limites habituelles, par sa tendance extensive et destructive, par sa tendance à la chronicité et son caractère rebelle aux agents thérapeutiques.

Le Dr Le Dantec (1) à la Guyane et le Dr Clarac (2) à la Martinique ont affirmé la nature microbienne des ulcères phagédéniques et par conséquent leur contagiosité. En réalité, les microbes trouvés dans le pus des Sarmes ne diffèrent en rien des bactériens rencontrés dans le pus des ulcérations banales. Si l'on élimine de la classe des ulcères phagédéniques, les ulcérations syphilitiques, cancéreuses, tuberculeuses, lupeuses et lépreuses, etc., qui peuvent prendre un caractère phagédénique, *la sarme proprement dite* n'est nullement transmissible et elle n'est endémique dans les régions intertropicales que parce que les conditions étiologiques de sa production s'y trouvent réunies en plus grand nombre.

**Étiologie.** — L'*ulcère phagédénique tropical* ou *sarme* est commun dans les parties basses et marécageuses d'une grande partie de la zone intertropicale. Il est très commun à la côte occidentale et orientale de l'Afrique. On le trouve dans le Bas-Congo, dans les régions du Haut-Fleuve, à Madagascar, en Arabie, dans l'Inde, l'Indochine, la Chine méridionale, en Malaisie, dans la Polynésie et la Mélanésie, aux Antilles, à la Guyane. L'*ulcère phagédénique* paraît identique partout; c'est pourquoi il est préférable d'adopter un nom générique comme *ulcère phagédénique* qui indique suffisamment la nature de la maladie plutôt que d'accoler au mot *ulcère* le nom du pays où il a été rencontré.

Les *causes prédisposantes* sont la mauvaise nourriture, les habitations défectueuses, l'exposition aux intempéries des saisons dans des régions chaudes et humides, les fatigues excessives, les atteintes répétées de malaria, enfin toutes les conditions qui amènent la misère physiologique de l'individu. L'anémie tropicale, ou bien l'anémie consécutive à la malaria

(1) LE DANTEC, *Origine microbienne de l'ulcère phagédénique des pays chauds.* (Arch. de Méd. nav., 1885, XLIII.)

(2) CLARAC, *Note sur l'ulcère phagédénique.* (Arch. de Méd. nav., 1886, XLV.)

et la dysenterie paraissent constituer la meilleure prédisposition à l'ulcère phagédénique.

Les agriculteurs, ceux qui sont employés aux plantations, les bûcherons, et tous ceux qui, par leur profession ou leurs occupations, sont exposés aux plaies des membres, sont plus prédisposés à l'ulcère phagédénique. Toutes les races y sont également prédisposées.

Les *causes occasionnelles* sont : une légère solution de continuité, plaie, piqûre, papule ou vésicule érodée par le grattage, surtout quand elles sont exposées à des contacts impurs (eaux vaseuses, linges malpropres), à un choc ou à une pression répétée (chaussures mal ajustées). Il n'est pas rare de le voir succéder à une piqûre de moustique, à un petit furoncle, à la plaie résultant de l'extraction du ver de Guinée ou de la Chique.

Le siège ordinaire est le dos du pied et la partie antérieure de la jambe.

**Symptômes.** — On distingue une forme *légère* et une forme *grave*.

**FORME LÉGÈRE.** — C'est la forme la plus commune, au moins chez les Européens, dans l'Afrique équatoriale. Ce qui distingue surtout cette forme, c'est la faible intensité du phagédénisme et le peu d'extension de l'ulcère, caractères dûs probablement aux soins thérapeutiques que l'on apporte dès le début à la maladie. On constate au point lésé, une petite élévation rouge qui est le siège d'un prurit intense. Puis il survient une excoriation, souvent par le fait du grattage, puis un suintement séreux, le soulèvement des bords de la nodosité, la formation d'une aréole inflammatoire, la constitution de l'ulcère et sa suppuration (Nielly) (1). Au début, il existe de la douleur modérée, rarement de la fièvre. Peu à peu, l'ulcère devient indolent, de couleur grise, sécrétant un pus abondant, d'odeur cadavérique; il est limité par des bords taillés à pic et entouré d'une aréole inflammatoire assez douloureuse. La destruction moléculaire se limite après un temps variable, l'ulcère se déterge, les bourgeons charnus apparaissent et peu à peu la cicatrisation s'opère, laissant après elle un cicatrice légèrement déprimée et pigmentée. Ces ulcères ont des dimensions variables, mais dépassent rarement celles d'une pièce de cinq francs; ils sont souvent multiples.

**FORME GRAVE.** — La forme grave frappe plus souvent les nègres et les travailleurs de couleur. Elle peut débiter comme la forme légère, ou bien frapper un vieil ulcère ou une plaie d'une certaine étendue. Dans ce dernier cas, la surface ulcérée devient sèche, grise, et prend rapidement le caractère gangréneux. Quand l'ulcère débute comme dans la forme légère, on voit se former au point initial, une large pustule, comme une pustule d'ecthyma, remplie d'un liquide séro-sanguinolent. Cette pustule s'étend rapidement, se rompt, laissant à découvert une surface grise, gangréneuse,

(1) NIELLY, *Nouveaux Éléments de Pathologie exotique*.

d'un pouce de diamètre ou plus. Cette plaque s'étend de jour en jour, presque sans phénomènes douloureux et généraux, envahit une surface de tissu, quelquefois plus large qu'une paume de main. Ce tissu ne tarde pas à se convertir en une masse putrilagineuse, jaunâtre, d'odeur nauséabonde et gangréneuse, rappelant celle des liquides de macération anatomique. Peu à peu cette masse se détache et se désagrège par son centre, montrant que, non seulement la peau, mais le tissu sous-cutané, les muscles, les tendons, les nerfs et les vaisseaux ont été atteints par l'ulcération phagédénique. Les os peuvent être à découvert et le périoste ulcéré. C'est ainsi qu'on voit souvent se nécroser de petits os comme ceux du tarse, du métatarse et des phalanges, et c'est ainsi que s'expliquent les mutilations qu'on remarque si souvent aux pieds des nègres (surtout chez les porteurs). Ce travail ulcératif s'accompagne presque toujours d'une fièvre plus ou moins aiguë.

L'ulcération est limitée par une zone de tissu congestionné et tuméfié. Si le phagédénisme continue à s'étendre, il survient des symptômes généraux à caractères adynamiques, des diarrhées profuses, un léger délire, du hoquet, une fièvre intense de nature septique, puis la mort. Ce sont en réalité les symptômes de la pourriture d'hôpital. Habituellement cependant, même dans les cas qui semblent désespérés, on voit le processus s'arrêter et se limiter nettement; la plaie se déterge, des granulations de bonne nature apparaissent et, après quelques semaines ou quelques mois, la cicatrisation se fait complètement ou bien l'ulcère phagédénique se convertit en un ulcère ordinaire.

Il arrive souvent, à la suite d'ulcères étendus, des cicatrisations vicieuses qui nuisent au fonctionnement des articulations.

## TRAITEMENT

**A. Prophylactique.** — La prophylaxie de l'ulcère phagédénique est tout entière dans l'observance des règles de l'hygiène, dans l'entretien ou l'amélioration de l'état général, et dans la protection des téguments contre les agressions extérieures. Un bon régime, de bonnes conditions d'habitation, des soins méticuleux de propreté du corps, éviter les fatigues excessives et les variations saisonnières, soigner attentivement les plus petites blessures et les désinfecter au moyen de légères solutions antiseptiques sont les moyens prophylactiques qui réussissent à empêcher le phagédénisme des plaies. Les voyageurs, obligés à faire des marches pénibles et longues, surtout pendant les fortes chaleurs, lorsque les pieds sont encore mal aguerris, auront de bonnes chaussures, bien graissées ou huilées afin d'éviter la formation des ampoules. Quand celles-ci se sont formées on les soignera attentivement.

On changera de chaussures et de bas, et à l'étape, avant de manger, on