

L'Union Médicale du Canada

**Le congrès international
tripartite des médecins
francophones**

Québec, 3-6 octobre 1979



complément au
N° 109 Février 1980 N° 2

Le congrès de Québec a été organisé sous l'égide de l'Association des médecins de langue française du Canada en collaboration avec l'Association mondiale des médecins francophones et la Société médicale des Antilles et de la Guyane françaises.

Ce congrès a été rendu possible grâce à des subventions de Santé et Bien-être social Canada et l'Agence canadienne de développement international que nous désirons ici remercier.

ERRATUM

DOSSIER: L'examen médical
périodique

*Veuillez coller le présent papillon en 3e
colonne de la page 12.*

Tableau IIb

Le tableau IIb résume la valeur scientifiques et les recommandations pour les 78 affections étudiées, par le Groupe d'étude. La classification de la qualité des preuves et des recommandations est expliquée dans le texte. Une monographie détaille les preuves scientifiques qui appuient les recommandations du Groupe d'étude. L'astérisque (*) qui apparaît après certaines affections dénote qu'un document de travail préparé par un consultant est disponible. L'annotation "Priorité pour la recherche" qui apparaît sous l'en-tête 'Recommandations et commentaires' pour certaines affections est expliquée dans le tableau IIc.

Sommaire

Articles originaux

La santé du voyageur

Problèmes dermatologiques du voyageur en pays tropical	4
--	---

Édouard Grosshans, Daniel Hanau et Roger Pradinaud

Le malade chronique peut-il voyager?	7
--	---

M. Sankalé

Les maladies à transmission sexuelle sous les tropiques	10
---	----

B. Ndiaye

Le paludisme en 1979	14
----------------------------	----

L. J. Bruce-Chwatt

La santé des voyageurs: une solution de tous les jours à un problème de tous les jours	18
--	----

Serge Dumas

Les maladies transmissibles sexuellement en Martinique	20
--	----

M. Constant-Desportes

Médecine et société

Médecine et société à la Martinique — interactions entre la société et la pratique médicale	23
---	----

Michel Yoyo

Le vieillissement

Les mécanismes cellulaires du vieillissement: études génétiques en culture de tissu	28
---	----

Serge B. Mélançon

Vieillir chez les Mandenka ou les métamorphoses de la vie	30
---	----

S. Camara

Antibiothérapie

Les pneumonies, "approche clinique"	34
---	----

Michel G. Bergeron

Le traitement des diarrhées infectieuses de l'enfant en Guadeloupe	40
--	----

C. Berchel et H. Loret

Résumés des communications

La santé du voyageur

Le problème québécois du voyage international	42
---	----

Pierre Viens

Problèmes dermatologiques du voyageur en pays tropical	42
--	----

Édouard Grosshans

Les diarrhées contractées en milieu tropical	43
--	----

H. Félix

Les parasitoses digestives courantes	44
--	----

Roberte Hamoussin-Metregiste

L'oésinophilie du voyageur	45
----------------------------------	----

M. Gentilini et G. Brucker

Sérologies et parasitoses d'importation	47
---	----

Pierre Ambroise-Thomas

Le malade chronique peut-il voyager?	47
--	----

M. Sankalé

La vaccination pour les voyageurs	48
---	----

Richard Morisset

Les maladies à transmission sexuelle sous les tropiques	49
---	----

B. Ndiaye

Le paludisme en 1979	49
----------------------------	----

L. J. Bruce-Chwatt

La santé des voyageurs: une solution de tous les jours à un problème de tous les jours	50
--	----

Serge Dumas

Fièvre au retour des Tropiques	50
--------------------------------------	----

Michelle Laurence-Honoré

Fièvres au retour des Tropiques	51
---------------------------------------	----

Henri Henriot

Situation sanitaire de la Guyanne Française	52
---	----

Simone Ho A Chuck

Les maladies transmissibles sexuellement en Martinique	53
--	----

Michelle Constant-Desportes

Médecine et société

Médecine et société à la Martinique	54
---	----

Michel Yoyo

Santé et société en France	54
----------------------------------	----

Jean-Charles Sournia

La médecine traditionnelle et sa place dans le système de santé en République Populaire du Bénin	55
---	----

Christophe Adjolohoun

Le vieillissement

Vieillesse, longévité, sénescence	56
---	----

Jean-Pierre Junod

Les mécanismes cellulaires du vieillissement: études génétiques en culture de tissu	57
---	----

Serge B. Mélançon

Du vieillissement: mécanismes de défense	57
--	----

G. Gingras

Prospective sur l'homo senilis	58
--------------------------------------	----

Jean-Pierre Junod

Réflexions sur la gériatrie	59
-----------------------------------	----

Roger R. Dufresne

Antibiothérapie

Otitis moyennes aiguës à répétition	61
---	----

Philippe A. M. Bernard

Les sinusites chroniques	62
--------------------------------	----

Philippe A. M. Bernard

Le traitement des diarrhées infectieuses de l'enfant en Guadeloupe	64
--	----

C. Berchel et H. Loret

Les pneumonies, approche clinique	64
---	----

Michel G. Bergeron

Problèmes dermatologiques du voyageur en pays tropical

Edouard Grosshans⁽¹⁾,
Daniel Hanau⁽²⁾
et Roger Pradinaud⁽³⁾

Résumé

Un séjour bref ou prolongé en pays tropical expose à divers petits risques prévisibles grâce à une bonne information sanitaire: les coups de soleil chez les adultes et les sudamina chez les enfants sont des incidents fréquents et souvent dûs à l'imprudence des voyageurs inexpérimentés. Sont également fréquentes les épidermomycoses et les infections cutanées à cocci pyogènes, du fait de la mutation rapide de l'écoflore microbiologique de la peau sous l'effet de la chaleur et de l'humidité. Parmi les dermatoses infectieuses importées des pays tropicaux, les plus fréquentes sont des larva migrans cutanées et les leishmanioses, plus accessoirement les teignes tondantes, les filarioses et les myases furonculaires. La rapidité et la diversité des voyages intercontinentaux sont un des facteurs épidémiologiques essentiels de la grande fréquence actuelle des maladies sexuellement transmissibles. La faune et la flore des pays tropicaux sont également responsables de nombreuses lésions cutanées dont le prurit constitue le symptôme essentiel.

Le voyageur séjournant en pays tropical peut contracter diverses maladies cutanées, le plus souvent curables et prévisibles, ne se révélant en général qu'après son retour sous un climat tempéré. La plupart de ces maladies sont de cause infectieuse (bactérienne, virale, parasitaire ou fongique) et leur fréquence est grossièrement proportionnelle au nombre de voyageurs internationaux. Ceci est particulièrement démonstratif pour les maladies sexuellement transmissibles dont l'augmentation en Europe est en corrélation étroite avec l'augmentation des déplacements intercontinentaux. En 1950, 520.000 passagers ont transité par l'aéroport de Londres: en 1973, ce chiffre s'élève à 20.700.000 passagers et Harman estime qu'en 1975, 1 Anglais sur 10 à 15 a été exposé au risque d'une maladie infectieuse propre aux régions tropicales.

En dehors des risques infectieux, les problèmes dermatologiques les plus préoccupants sont: les lésions cutanées dues au soleil et à la

chaleur — les incidents cutanés dûs à la flore et à la faune des pays tropicaux.

Photodermatoses et dermites à chaleur en climat tropical

Les touristes, à peau blanche, venant des pays froids ou tempérés et arrivant, mal informés, avides de soleil, souvent imprudents, dans les pays chauds et fortement ensoleillés, sont souvent les victimes de *lucites* graves, survenant dès les premiers jours et pouvant compromettre sérieusement leur séjour ou la poursuite de leur voyage. Il s'agit de «coups de soleil» sévères, quelquefois fébriles, se traduisant par de vastes décollements phlycténulaires de la peau des parties découvertes mal protégées. Les rayons solaires des latitudes intertropicales sont très riches en radiations ultra-violettes B de moyenne longueur d'onde, de 280 à 320 nm, dites actiniques ou érythématogènes, responsables d'une inflammation aiguë retardée du derme des régions cutanées irradiées. L'érythème d'abord chaud et cuisant à la 6ème heure, devient ensuite oedémateux et bulleux et, vers la 24ème heure, l'épiderme nécrosé se décolle et peut mettre à nu de vastes surfaces comme dans une brûlure thermique du 2ème degré. Ces accidents sont d'autant plus précoces et intenses que l'individu a une peau claire (phénotype blond ou roux dit *paheomélanique*), et qu'il s'est exposé pendant une durée prolongée sans période préalable d'accoutumance: en

effet une exposition progressive entraîne un épaississement (acanthose) de l'épiderme et une augmentation de sa charge mélanique (pigmentation) qui vont constituer un écran de plus en plus efficace contre l'effet brûlant (actinique) des rayons U.V.B..

La tolérance cutanée au soleil peut être fortement diminuée sous l'effet de diverses substances dites photodynamiques abaissant le seuil érythématogène de la peau. Ces substances peuvent être:

- médicamenteuses: sulfamides antidiabétiques ou anti-infectieux, phénothiazines (chlorpromazine et prométhazine en particulier), tétracyclines (déméthylchlorotétracycline), acide nalidixique, griséofulvine¹;
- cosmétiques, essentiellement des furocoumarines d'origine végétale contenues dans des parfums ou des eaux de toilette (bergamotte, citron, vanille, santal...) et des salicylanilides halogénés contenus dans des déodorants ou des savons (tribromo — ou tétrachlorosalicylanilide, trichlorcarbanilide);
- plus rarement endogènes chez les patients atteints de porphyrie cutanée tardive ou de protoporphyrémie érythropoïétique ou chez les alcooliques ayant des troubles du métabolisme du tryptophane².

Les mesures préventives sont simples et doivent être bien connues:

- s'exposer progressivement et d'abord en dehors des heures à fort ensoleillement (10h à 16h), sachant que le soleil réfléchi sur un plan d'eau ou du sable clair peut aussi

1) Professeur agrégé de Médecine, Clinique Dermatologique de Strasbourg.

2) Docteur en Médecine, Laboratoire d'Histopathologie Cutanée de la Clinique Dermatologique de Strasbourg.

3) Médecin Chef de Service de Dermatologie de l'Hôpital Jean Martial de Cayenne.

Tirés à part: Dr Grosshans, Professeur agrégé, Clinique Dermatologique, 1, Place de l'Hôpital, 67005 Strasbourg, cedex, France.

avoir une forte richesse énergétique en rayons U.V.,

- éviter tout médicament ou topique photodynamique,
- protéger initialement la peau des parties découvertes avec des crèmes écran à base d'acide paraaminobenzoïque ou de benzophénones,
- chez les individus particulièrement sensibles, envisager avant leur départ en voyage une préparation artificielle par photochimiothérapie (8-méthoxy-psoralène et rayons ultra-violet A 360 nm).

Les réactions cutanées dues à la *chaleur* humide sont surtout fréquentes chez les enfants et les jeunes femmes dont la thermorégulation par l'évaporation sudorale s'adapte moins facilement aux variations rapides de la température ambiante: la rétention sudorale intra-épidermique entraîne l'apparition d'une miliaire (ou «bourbouille») qui se traduit à la surface de la peau du tronc par une éruption de petites vésicules claires (miliaire cristalline ou sudamina) qui se rompent au moindre contact, se dessèchent et exfolient en fine squames. Ces lésions peuvent s'enflammer et devenir prurigineuses (miliaire rouge) et se compliquer de surinfections staphylococciques (périporites staphylococciques, abcès sous-cutanés). Chez les enfants séjournant en pays tropical la plupart des maladies fébriles peuvent aussi être accompagnées de telles éruptions miliaires.

Le *traitement* en est simple: faire porter des vêtements légers et aérés, mettre si possible l'enfant dans une pièce ombragée ou climatisée, laver la peau et assécher les lésions avec une poudre ou une lotion faiblement alcoolisée, augmenter les boissons et la ration alimentaire de sel, combattre une éventuelle surinfection.

Les dermatoses non infectieuses de cause animale ou végétale

Dans les pays tropicaux, il y a beaucoup de végétaux et de petits animaux dont le contact entraîne des dermatites aiguës, douloureuses ou prurigineuses; elles sont difficilement prévisibles, très variables selon les pays et n'affectent pas exclusivement les voyageurs venant d'ailleurs.

A. Les dermatoses dues aux animaux

Les urticaires aux méduses, les granulomes par épines d'oursins, les morsures de sangsues sont des incidents courants et généralement sans gravité: les lésions cutanées peuvent facultativement être

les points d'inoculation de maladies infectieuses très sévères (trypanosomiases, paludisme) qui ne seront dépistées que plus tardivement.

Un certain nombre de lésions méritent une mention particulière: le *prurit des nageurs* (swimmer's itch) est dû à la pénétration dans la peau de cercaires de schistosomes zoophiles ou anthropophiles; cette affection est fréquente chez les voyageurs qui entreprennent des promenades ou de petites expéditions dans des marécages ou des rizières ou même des lagunes d'eau de mer. Elle se traduit par un prurit violent et une réaction inflammatoire des régions cutanées qui ont été immergées; ces symptômes persistent pendant 1 à 3 semaines et disparaissent sans séquelles s'il s'agit de bilharzies zoophiles, telles que les trichobilharzies les plus banales et universellement répandues. Les symptômes d'effraction cutanée sont beaucoup plus discrets avec les cercaires des schistosomes anthropophiles pathogènes pour l'homme.

Les piqûres d'arthropodes sont également des incidents fréquents et peuvent être nécrotiques et bulleuses: pour certaines piqûres le pronostic vital peut être en jeu et une sérothérapie urgente associée à une réanimation intensive est indiquée après des piqûres de scorpions ou d'autres arachnides (*Latrodectus mactans*, *Loxosceles reclusa* ou *L. laeta*). Les piqûres de tiques sont plus fréquentes et peuvent exceptionnellement être suivies de granulomes pseudo-lymphomateux ou de complications neuro-méningées sévères. Selon les pays, de nombreux acariens non spécifiquement anthropophiles peuvent déclencher des dermatoses prurigineuses très inconfortables: trombiculidés (aoutâts) provoquant un prurit aux régions de friction des vêtements, dermanyssidés des rongeurs sauvages et des oiseaux, acariens des céréales (*Pyemotes ventricosus*), acariens pyroglyphides des aliments (farines, fromages, fruits secs). Enfin les piqûres d'insectes plus fréquentes en zone tropicale, ne sont pas spécifiques de ces régions, à part quelques exceptions telles que les dermatoses bulleuses et prurigineuses dues à des coléoptères du genre *Paederus* (Amérique du Sud, Australie) ou des lépidoptères du genre *Hylesia* («papillone guyanaise»).

B. Les dermatites de cause végétale

Les plantes peuvent provoquer des lésions cutanées par divers effets: traumatismes mécaniques, vecteurs d'agents infectieux, effets vési-

cants ou pigmentogènes ou photosensibilisants, réactions allergiques locales ou systémiques³

Parmi les nombreux incidents pouvant survenir lors de séjours en pays tropical, on peut plus particulièrement noter:

- la dermatite pseudo-scabieuse («Sabra dermatitis») due aux glochidies des figues de Barbarie, fréquente de juillet à octobre au Proche-Orient.
- les *phyto-dermatoses toxiques* dues aux substances irritantes contenues dans certains végétaux (acide formique, glucosides toxiques, enzymes protéolytiques, microcristaux acérés): dans les pays tropicaux, cette «flore du mal» est surtout représentée par les euphorbiacées au suc vésicant (Afrique du Sud, Caraïbes), certaines légumineuses de la famille des haricots comme *Mucuna pruriens* dont les cosques sont hérissées de poils contenant un enzyme protéolytique très irritant, des cucurbitacées, des plantes ornementales tropicales (aracées)¹.
- les *phyto-dermatoses allergiques* où les plantes les plus étudiées sont les anacardiées dont les principaux représentants sont le «poison ivy» aux U.S.A. (25 à 60% de personnes sensibilisées, 20 à 30% de la pathologie professionnelle en Californie), le poison Sumac surtout sur la côte du Pacifique, l'arbre à laque (*Rhus vernicifera*) en Chine et au Japon, la pomme d'acajou, le manguier, le marking nut... Chaque année, en Europe, nous voyons des touristes qui se sont sensibilisés aux oléorésines de tels végétaux que certains imprudents ont même ramenés comme plantes décoratives dans leur pays.
- les plantes, surtout la végétation épineuse xérophile, peuvent être à l'origine de dermatoses infectieuses par *inoculation*: la sporotrichose (Amérique Latine, Afrique du Sud), les mycétomes (Afrique sahélienne, Amérique Centrale), la chromomycose (dans toute la ceinture inter-tropicale), la blastomycose sud-américaine (Sud du Brésil, rôle vecteur du caféier), les ulcères mycobactériens à *M. ulcerans* (Australie, Nouvelle-Guinée, Ouganda, Zaïre, Cameroun, Amazonie; rôle des herbes coupantes du genre *Echinochloa*). Notons qu'il faut souvent des séjours prolongés en pays tropical et des traumatismes infectants fréquents pour voir de telles infections se développer⁴.

Les dermatoses infectieuses

Les maladies cutanées infectieuses le plus fréquemment con-

tractée sous les tropiques sont les pyodermes à cocci Gram + chez les enfants et les épidermomycoses chez les adultes: le dépaysement dans un pays chaud et humide entraîne une mutation de l'écoflore microbiologique de la peau et crée des conditions propices à l'installation rapide de mycoses érosives suintantes et prurigineuses des plis (à *C. albicans* ou à *Trichophyton mentagrophytes*). On voit souvent se constituer, dès les premiers jours du séjour en pays tropical, des intertrigos microbiens et fongiques très prurigineux des orteils et des plis génito-cruraux ou des vulvo-vaginites candidosiques en particulier.

Ces modifications de la flore, préjudiciables au voyageur, ont été bien étudiées par les microbiologistes⁵: survie prolongée sur la peau de la flore Gram - avec l'augmentation de l'humidité relative, augmentation des *Candida albicans* sur la peau et les muqueuses en climat tropical, augmentation des cocci pathogènes sur toute la peau. L'éclosion d'une maladie cutanée, si elle est facilitée du fait de la chaleur et de l'humidité, dépend en fait surtout de l'hygiène corporelle du voyageur. S'il a la possibilité de se laver tous les jours à l'eau et au savon, s'il peut changer quotidiennement de linge de corps, si son alimentation est saine et adaptée au climat, l'incidence de ces accidents infectieux sera des plus faibles.

Les *ectoparasitoses* (pédiculoses, gales) sont souvent contractées lors des voyages surtout si les conditions sanitaires sont déficientes; ce ne sont pas des affections typiquement tropicales.

Les *maladies cutanées infectieuses* contractées exclusivement lors de tels voyages intercontinentaux sont en fait rares et de diagnostic aisé:

- chez les enfants, on observe quelquefois des teignes à champignons dermatophytes anthropophiles (microspories, trichophyties);

- chez les enfants et les adultes s'adonnant aux loisirs de la plage on observe très couramment, au retour des vacances, des lésions dues à des helminthes, surtout la larva migrans cutanée (larbush en Afrique, "creeping disease" en Amérique) due à la migration sous la peau de larves d'ankylostomes de chien souillant les plages par leurs déjections fécales; une anguillulose est souvent découverte des mois ou des années après le séjour en pays endémique par la survenue d'une larva currens se propageant à partir de l'anus dans la peau périnéo-fessière;

- plus rarement le dermatologue peut être amené à diagnostiquer chez un voyageur une filariose à loa-loa (contractée dans un des pays riverains du Golfe de Guinée),

une leishmaniose cutanée, une tungose, une myase furunculose, une onchocercose;

- très exceptionnellement des affections très insolites sont importées des pays tropicaux lointains: nous avons ainsi diagnostiqué une tinea nigra palmaris contractée par une étudiante en Côte d'Ivoire⁶, une mycobactériose atypique à *M. chelonae* secondaire à un traumatisme au Mont-Thabor en Israël, une donovanose importée de la région guyanaise, un pian chez une réfugiée vietnamienne d'un "boat people".

Même en cas de contamination accidentelle par un de ces agents pathogènes, l'éclosion de la maladie dans toute sa plénitude n'est pas obligatoire chez le voyageur revenant d'un pays tropical: ainsi l'onchocercose ne peut se traduire que par un prurit discret que seule la découverte d'une éosinophilie et de microfilaires tissulaires permettra de rattacher à son étiologie parasitaire, alors que chez l'africain la maladie évolue vers la gale filarienne sévère caractérisée par un prurit incoercible. La précocité des traitements atténue aussi les risques: pendant la guerre du Pacifique, 15.000 G.I. ont eu des microfilaires de Bancroft, mais aucun n'a développé ultérieurement un éléphantiasis des membres inférieurs ou du scrotum⁴.

La *longue incubation* de certaines maladies infectieuses existant à l'état endémique sous les tropiques peut quelquefois être une source d'errements: ainsi la loase a une incubation supérieure à 1 an et les microfilaires sanguicoles diurnes n'apparaissent qu'après 17-18 mois; le prurit, les oedèmes fugaces ne sont pas toujours rapidement rattachés à leur vraie cause. Il en est de même de la lèpre, dont nous avons fait plusieurs fois le diagnostic de nombreuses années après le séjour — prolongé généralement — dans un pays à forte endémie (guerre d'Indochine, postes administratifs en Afrique Noire); des cas de leishmaniose n'ont été diagnostiqués qu'après de longs mois d'évolution par l'examen histologique de biopsies faites dans l'optique d'une tuberculose ou d'un cancer cutané.

Il faut aussi signaler que des affections très banales peuvent être exacerbées ou aggravées par un séjour en pays tropical: les acnés à tendance pustuleuse deviennent de véritables pyodermes faciales et sont une cause fréquente de retour prématuré dans le pays natal à climat tempéré; les petites plaies voient leur cicatrisation ralentir et deviennent torpides comme d'authentiques ulcères tropicaux, probablement en raison des possibilités accrues de surinfection (entérocoques, entéroflores Gram

négatif, bacilles fusiformes).

Enfin, il ne faut pas se cacher que la détente physique des voyages en pays tropical, qui exacerbe l'appétit sexuel des voyageurs, augmente aussi les risques de maladies sexuellement transmissibles; les nombreux déplacements internationaux ont donné une nouvelle dimension aux maladies courantes telles que la gonococcie, la syphilis et le chancre mou, fréquentes, importées de pays lointains, rendant vaines toutes mesures épidémiologiques.

Bibliographie

1. Canizares, O.: Clinical Tropical Dermatology. Blackwell Scientific Publications, Oxford-London-Edinburgh-Melbourne, 1975.
2. Epstein, J.H.: Adverse cutaneous reactions to the sun. Year Book of Dermatology, Year Book Medical Publishers, Chicago, 5-43, 1971.
3. Grosshans, E., Strobil, M.: Les dermatites par les plantes. Monographie Lab. Roussel, Paris, 1975.
4. Harman, R.R.M.: Tropical skin diseases in temperate climates. In: Recent Advances in Dermatology, by Rook A., Nr. 4, Churchill Livingstone, Edinburgh-London-New York, 91-153, 1977.
5. Noble, W.C., Somerville, D.A.: Microbiology of human skin. W.B. Saunders Company Ltd. London-Philadelphia-Toronto, 1974.
6. Petavy, A.F., Guillot, J., Grosshans, E. et coll.: Un cas de tinea nigra palmaris contractée en Côte d'Ivoire. Ann. Derm. Vénéréol., Paris, 104: 400-402, 1977.
7. Willis, I.: Sunlight and the skin. J.A.M.A., 217: 1088-1093, 1971.

Le malade chronique peut-il voyager?

M. Sankalé⁽¹⁾

Résumé

Les incidents graves, non mortels, se chiffrent à trois par million de voyageurs et les décès à bord des avions à un pour 1.500.000 voyageurs. Ces taux sont proches des lois du hasard dans la population générale.

Moyennant une sélection médico-psychologique à laquelle le candidat migrant — et même le touriste en cas de doute — a intérêt à se soumettre de sa propre initiative, et sous réserve qu'il soit disposé à suivre scrupuleusement les élémentaires mesures d'hygiène (alimentation, soleil, baignades, protection de quelques insectes...) qui lui seront indiquées, le malade chronique et stabilisé voyage fort bien et effectue des séjours parfaitement normaux sous les tropiques.

C'est désormais sans la moindre appréhension que voyageurs et équipages sillonnent le monde. Les pays tropicaux ne sont pas des moins recherchés, ayant largement perdu de leur réputation d'insalubrité. Tant il est vrai qu'en se conformant à quelques règles prophylactiques simples, on se tient à l'abri des endémies qui affectent encore l'autochtone des pays chauds.

Il en va autrement pour les malades chroniques, que préoccupent à juste titre les fatigues du trajet, les servitudes d'un traitement ou d'une surveillance au long cours, les risques de poussées évolutives ou de rechutes, etc... est-il prudent pour eux de voyager?

Répondre à cette question revient à préciser si de tels patients peuvent d'abord entreprendre le voyage, ensuite effectuer sous les tropiques un séjour plus ou moins prolongé, enfin supporter un éventuel rapatriement précipité, par évacuation sanitaire.

Etre en mesure d'entreprendre le voyage

Le voyageur doit d'une part pouvoir se soumettre aux vaccinations exigées dans le ou les pays de destination², d'autre part être à même de supporter le voyage.

La réglementation sanitaire de l'O.M.S. rend obligatoires seulement deux vaccinations: anti-variolaïque et anti-amarile. Toutes deux doivent être certifiées dans un carnet international de vaccinations:

— la vaccination anti-

variolaïque, à la veille d'être facultative en Occident, reste une nécessité dans pratiquement tous les pays tropicaux.

— la vaccination anti-amarile est indispensable dans tous les pays d'endémie (ou d'enzootie) amarile, c'est-à-dire l'Afrique Noire et l'Amérique latine. En outre, de nombreux pays indemnes exigent l'immunisation des voyageurs provenant de zones endémiques, de peur que ceux-ci n'importent la maladie.

Ce vaccin n'est pas exigible si le séjour dans le pays ne dépasse pas 15 jours, mais certains États ne concèdent pas cette dérogation.

— le vaccin anticholérique est encore obligatoire dans une cinquantaine de pays, donc dans une grande partie de l'Afrique et de l'Asie tropicales.

— enfin, non impérieuses, certaines vaccinations sont vivement recommandées, surtout si le sujet entend faire des excursions ou mener une vie itinérante: contre la poliomyélite, le tétanos, les éberthelloses, la tuberculose. L'immunoprophylaxie de l'hépatite B est encore à l'étude.

— Un délai minimum est exigé entre les vaccinations et un calendrier judicieux sera respecté, si la liste en est longue.

Se trouvent exclus de ces obligations vaccinales, donc en état de contre-indication, les malades chroniques atteints notamment de dépression immunitaire, de tares hépatiques ou rénales graves, d'hémopathies chroniques, d'eczéma. De même la femme enceinte. Enfin on a coutume de préconiser «la prudence» chez les diabétiques et les allergiques.

Compte tenu du faible risque de contamination qu'encourt le sujet transplanté, du moins s'il entend mener une vie «régulière», un certificat de contre-indication à la vaccination ou à toute vaccination est admis dans

beaucoup de pays, surtout francophone.

Les contre-indications du voyage aérien lui-même sont exceptionnelles (nous les retrouverons dans le dernier chapitre). Par exemple, il est très rare d'observer un accident chez un hypertendu artériel, malgré leur nombre dans les avions. Quant à la voie maritime, elle est à la portée de tous les voyageurs.

Etre en mesure d'effectuer un séjour prolongé sous les tropiques

La question ne se pose que pour un séjour prolongé: de plusieurs mois, voire de plusieurs années. Un contrat de travail peut-il être accordé à un sujet porteur d'une maladie ou d'une tare de longue durée?

1. Il est certain qu'une visite systématique d'embauche s'impose dans ce cas, alors qu'en est dispensé par les règlements le banal touriste.

La sélection devra s'attacher autant, sinon davantage, aux tares psychologiques qu'aux méiopragies viscérales ou organiques.

Certains cas sont évidents: un contrat de travail sera, à juste titre, refusé à un psychopathe (parfois déjà éthylique) ou à un névrosé patent; il le sera aussi à un cardiopathe organique, à un porteur de tare rénale ou hépatique, mais seulement dans la mesure — rare — où serait à redouter une aggravation brutale dépassant les moyens de l'infrastructure sanitaire du pays tropical.

Dans la pratique, de nombreux valvulopathes, des protéinuriques, des hypertendus, des coronariens ou des asthmatiques, etc... qui, dans leurs pays, seraient aptes au travail, peuvent outre-mer bénéficier de la même mesure. Une grande circons-

(1) Professeur, Service de médecine interne et tropicale, Hôpital Félix Hauphouet-Boigny, Marseille.

peption est, par contre, de mise, en cas de suspicion d'hépatite chronique active ou simplement d'hypertransaminasémie, surtout si le sujet est porteur chronique de l'antigène HBs.

2. Les autres mesures de protection individuelle, qui seront présentes à l'esprit, ont trait à la chimioprophylaxie de certaines grandes endémies et à des mesures générales d'hygiène individuelle. Les unes et les autres doivent pouvoir être prolongées pendant toute la durée du séjour.

— La chimioprophylaxie sera mise en oeuvre seulement contre le paludisme: par la chloroquine ou l'amodiaquine et (exclusivement dans les pays du Sud-Est Asiatique et d'Amérique tropicale où existent des souches résistantes aux amino 4 quinoléines) par l'association sulfone-pyriméthamine (ou malocide). Les schizontocides associant des sulfamides à la pyriméthamine, nous paraissent exclus d'une utilisation prophylactique prolongée.

Sauf cas particulier, les chimiopréventions des filarioses (par diéthylcarbazine) et de la trypanosomiase africaine (par la pentamidine) sont tombées en désuétude.

— Les mesures d'hygiène qui doivent être appliquées sans relâche ont trait:

à l'alimentation, en premier lieu à l'eau de boisson et aux légumes ou fruits consommés crus, à la protection de la peau contre le soleil, la chaleur, l'humidité, les végétaux vésicants,

aux ectoparasites et insectes hématophages, ces derniers véhiculant un certain nombre d'endémies parasitaires,

au péril fécal: la «diarrhée d'acclimatation» ou «turista» atteint une forte proportion de nouveaux venus en zone tropicale; une brève cure d'antiseptiques intestinaux en vient facilement à bout.

3. Il est bon de s'assurer, avant de décider d'un séjour prolongé, des possibilités locales dans les cas suivants:

— besoin d'un contrôle médical régulier: par exemple la surveillance biologique d'un traitement anticoagulant au long cours, d'une chrysothérapie ou d'une corticothérapie prolongée etc... ou bien besoin d'une thérapeutique sans discontinuité: hémodialyse chronique.

— contre-indications de la chimioprophylaxie antipaludique: la chloroquine n'est pas sans danger chez le mal voyant ou le mal entendant;

— terrain allergique à certaines essences végétales et à certaines espèces aquatiques: physalies, méduses, etc... alors que le sujet y serait par sa profession exposé.

4. Il faut souligner combien, moyennant une sélection minimale, qui complète sans doute l'abstention volontaire des intéressés, le nombre des sujets qui interrompent leur séjour ou leur contrat de travail est faible.

A titre d'exemple, on peut se référer à un travail de Ed. Bertrand¹ qui fait état des 187 Européens (sur plusieurs dizaines de milliers) qui ont été rapatriés sanitaires d'Afrique noire en France et ont donc dû écourter leur séjour, entre 1969 et 1971.

Certains points méritent d'être soulignés:

— le climat n'est jamais en cause.

— les rapatriements pour maladie tropicale sont exceptionnels: trois cas (1,6%): un pour paludisme, un pour amibiase et un pour trypanosomiase;

— les troubles psychiques constituent, avec 17% des cas, la rubrique dominante; il s'agit surtout de jeunes «coopérants» qui espéraient fuir ou éluder «leurs problèmes», en allant en Afrique et les ont aggravés; de tels cas sont d'autant plus déroutants qu'il y a en Afrique noire peu de services psychiatriques modernes;

— les autres affections en cause sont dans l'ordre décroissant: cardio-vasculaires (12%): ce sont surtout des coronaropathies, des hypertensions ou des valvulopathies antérieurement connues qui se décompensent;

hépatiques (10,9%): surtout l'hépatite virale B, l'une des plus grandes endémies du Tiers-Monde, dont le taux de prévalence dans la population saine est 50 à 100 fois plus élevé que dans les pays développés;

neurologiques (10,4%): ce sont des affections qui exigent des moyens d'exploration et parfois de traitement qui souvent font défaut sur place.

Au total si, pour les affections somatiques, beaucoup de ces malades auraient, dans leur propre pays, évolué de la même façon, il apparaît qu'un seul secteur appelle une sélection plus rigoureuse: celui des maladies et déséquilibres mentaux qui jouxte d'ailleurs celui de l'éthylisme chronique et des toxicomanies.

Être en mesure d'effectuer un retour précipité

L'espoir du retour dans des conditions acceptables, quoiqu'il arrive, est une condition sine qua non pour un départ serein. Nous envisageons seulement les retours à motivation médicale.

Qu'il s'agisse d'un malade chronique en cours de poussée ou de complication brutale ou qu'il s'agisse d'un sujet, parti en bonne santé, qui doit être rapatrié pour raison médicale, les indications et contre-indications du voyage aérien restent les mêmes.

On peut tout d'abord retenir l'aphorisme de M. Périn³: «Tout malade... est transportable par avion, à condition d'y mettre le prix...». Des aménagements onéreux permettront en cas de besoin de doter, en personnels et matériels spécialisés, des avions qui deviennent ainsi de véritables unités de soins intensifs.

En second lieu, le transport aérien connaît les mêmes indications et contre-indications spécifiques que les autres moyens de transport. Ses contre-indications sont rares et relèvent des paramètres suivants auxquels des palliatifs sont progressivement apportés: vitesse extrême, dépression barométrique (largement corrigée par la pressurisation des cabines), accélérations et décélération, turbulences météorologiques, vibrations de l'appareil, énervement des formalités d'enregistrement et surtout anxiété due à la «peur de l'avion». Le «mal de l'air» est devenu exceptionnel. Il n'y a pas de limite d'âge pour emprunter l'avion.

Périn³ a récemment dressé une liste exhaustive des principales contre-indications du transport aérien des malades. Le lecteur pourra s'y référer.

Pour l'essentiel, le voyage s'effectuant par un avion de ligne, le rapatriement sera différé dans les cas suivants:

— une ischémie coronarienne menaçante ou récente: une angine de poitrine inaugurale ou depuis peu aggravée impliquera que l'on attende la stabilisation (sinon un médecin accompagnant sera nécessaire); après un infarctus du myocarde, un recul de trois mois au mieux et de un mois au minimum est respecté;

— une insuffisance cardiaque aiguë menaçante;

— un bloc auriculo-ventriculaire du troisième degré, sans pace maker;

— une insuffisance respiratoire chronique soit en poussée aiguë, soit permanente et se manifestant au sol, au repos; (un avion spécialisé serait nécessaire), soit en cas

de pneumonectomie récente.

— un pneumothorax datant de moins d'un mois ou bien les menaces de rupture de gros kystes aériens ou de bulles géantes;

— une anémie dont le taux d'hémoglobine est inférieur à la moitié de la normale;

— une otospongiose opérée ou une greffe du tympan, avant un recul de trois mois;

— une otite ou une sinusite en poussée aiguë qui exposent aux baro-traumatismes auriculaires, si douloureux; malgré l'effet précieux des pulvérisations nasales au départ et avant l'arrivée, le mieux sera de décaler le voyage d'une huitaine de jours;

— une intervention oculaire récente, à oeil ouvert: attendre 45 à 60 jours;

— un accident vasculaire cérébral datant de moins d'un mois;

— enfin pour ne pas importuner le voisinage, un état névrotique avec raptus anxieux ou des troubles du comportement; le transfert aérien est toujours possible moyennant la prémédication et la présence d'un médecin accompagnant.

On remarquera que le différé aura une durée variable et que la présence d'un tel médecin accompagnant sera souvent justifiée et exigée par les compagnies de navigation aérienne.

Conclusion

Les incidents graves, non mortels, survenant en vol, se chiffrent à trois par million de voyageurs et les décès à bord des avions à un pour 1 500 000 voyageurs³. Ces taux ne sont guère éloignés des lois du hasard dans la population générale. Les transports aériens ne connaissent d'autres contre-indications constantes que les insuffisances cardio-respiratoires déjà invalidantes au sol.

Moyennant une sélection, somatique et psychologique, à laquelle le candidat migrant — et même le touriste, en cas de doute — a intérêt à se soumettre de sa propre initiative, et sous réserve qu'il subisse les vaccinations indiquées, réprouve tous les excès et soit disposé à suivre scrupuleusement les quelques élémentaires mesures d'hygiène (alimentation, soleil, baignades, protection des insectes...) qu'il lui seront indiquées, le malade chronique et stabilisé d'une part voyage fort bien, d'autre part effectue des séjours agréables, parfaitement normaux et même prolongés sous les tropiques.

Bibliographie

1. Bertrand, Ed.: Indications des évacuations et rapatriements sanitaires en provenance d'Afrique Noire *in* Pathologie tropicale et échanges internationaux. p. 48-57. XXXIXe Cong. franç. Médecine. Marseille 1973 — Vol. des rapports, Masson et Cie, édit., Paris 1973.
2. Gentilini, M., Duflo, B.: Médecine tropicale. 2ème édit. Flammarion Médecine — Sciences, édit., Paris, 1977.
3. Perin, M.: Le transport aérien des malades *in* Pathologie tropicale et échanges internationaux. p. 59-75. XXXIXe Cong. franç. Médecine, Marseille, 1973. Vol des rapports, Masson et Cie, édit., Paris, 1973.

Les maladies à transmission sexuelle sous les tropiques.

B. Ndiaye⁽¹⁾

Résumé

Dans les pays tropicaux qui sont confrontés à des problèmes majeurs de santé publique comme le paludisme, la tuberculose, la lèpre, etc..., les maladies sexuellement transmises (M.S.T.) occupent une place bien modeste dans les préoccupations des autorités sanitaires. Dans la plupart de ces pays la lutte contre les M.S.T. est à l'état d'ébauche si elle n'est pas totalement ignorée. La déclaration de ces affections n'est pas obligatoire, expliquant l'absence de statistiques valables.

Cependant l'existence, dans ces pays, des M.S.T., la grande fréquence pour certaines d'entre elles, ne font plus l'objet de doute. Les preuves sont largement fournies par les enquêtes réalisées sous l'impulsion de l'O.M.S. et les publications, encore éparses, des auteurs travaillant en zones tropicales ou s'intéressant à des patients émigrés de ces régions.

Pour des raisons liées essentiellement au sous-développement ces maladies sont mal connues et mal contrôlées. Mais face à la poussée de ces affections dans les pays tropicaux, il est permis d'espérer que les MTS vont susciter un plus grand intérêt du corps médical, du public et des autorités sanitaires.

Les pays tropicaux, en plus de leur position géographique et à part quelques rares exceptions, ont un dénominateur commun, le sous-développement. Ce sous-développement est responsable de maux que connaît la grande masse de leurs populations: la misère, la pauvreté, la promiscuité, le manque d'hygiène, des conditions sanitaires précaires.

Dans ces pays qui sont confrontés à des problèmes majeurs de santé publique comme le paludisme, la tuberculose, la lèpre, etc., les maladies à transmission sexuelle (M.T.S.) occupent une place bien modeste dans les préoccupations des autorités sanitaires. Dans la plupart de ces pays la lutte contre les M.T.S. est à l'état d'ébauche si elle n'est pas totalement ignorée^{13,37}. La déclaration de ces affections n'y est pas obligatoire, expliquant l'absence de statistiques valables.

Cependant dans ces pays l'existence de MTS et la grande fréquence pour certaines d'entre elles ne font plus l'objet de doute. Les preuves en sont largement fournies par les enquêtes réalisées sous l'impulsion de

l'O.M.S. et les publications, des auteurs travaillant en zone tropicale ou s'intéressant à des patients émigrés de ces régions^{4,5,6,13,15,18,19,24,30,32,33,34,35,43,45,47,50,52}.

À la lumière de ces données et de notre expérience personnelle, il est possible de dégager les principaux traits des MTS en zone tropicale.

Facteurs socio-culturels

En dehors des paramètres liés au sous-développement, il existe d'autres facteurs influençant les MTS dans les régions tropicales. Nous n'en citerons que quelques uns.

Les croyances populaires

Les M.T.S. existent dans nos régions bien avant le phénomène moderne qui est le tourisme. Daramola et Oyediran⁸, dans une étude faite à Lagos en 1971, ont découvert une croyance populaire selon laquelle un homme ne sera pas fertile tant qu'il n'aura pas fait sa gonorrhée. Pour certaines peuplades³⁷ les MTS sont considérés comme des sorts jetés dans les cas d'adultère. Pour d'autres encore attraper une maladie vénérienne, la gonococcie en particulier, est un signe de virilité. Mais dans la plupart des pays africains, les MTS sont considérées comme des maladies honteuses. Les sujets qui en sont atteints se cachent pour se traiter, qui

chez l'infirmier, qui chez le pharmacien du coin, tel autre chez le guérisseur, tel autre encore se réfugie dans une autothérapie traditionnelle^{13,37}.

Le tourisme

Dans les pays tropicaux comme partout ailleurs le tourisme joue un rôle considérable dans la recrudescence et le développement des MTS^{4,5,6,37}. Or beaucoup de pays tropicaux connaissent actuellement un fort mouvement touristique.

La liberté sexuelle

Signe des temps modernes, la liberté sexuelle, comme les autres formes de liberté, est de plus en plus revendiquée surtout chez les jeunes. Il en résulte une baisse de la pression sociale sur le comportement sexuel, le vagabondage sexuel étant facilité par la vulgarisation des moyens de contraception dans les villes^{36,37}.

L'exode rural

Dans beaucoup de pays sous développés, de nouvelles villes sont nées, d'autres se sont développées d'une manière considérable aux dépens des villages et des campagnes.

Au Sénégal par exemple, la population urbaine s'accroît chaque année de 5% à cause de l'écart sensible entre revenus urbains et ruraux². La transplantation de ces populations rurales a fait naître de nouveaux rapports sociaux, de nouveaux modes de vie et a accentué, si elle ne l'a pas

Travail de la Clinique Dermatologique du C.H.U.
Hôpital A. Le Dantec Dakar.

(1) Chef de Clinique, Clinique Dermatologique C.H.U.
Hôpital A. Le Dantec, Dakar
— Sénégal.

créée de toutes pièces, la prostitution dans les villes.

La prostitution

La prostitution qui est encore cantonnée dans les villes, joue un rôle dans la dissémination des MTS en pays tropicaux^{13,37,50}. Mais ici plus qu'ailleurs l'absence de surveillance et de traitement des prostituées est monnaie courante. Par ailleurs, certaines filles prostituées occasionnelles, rentrent dans leur village à la saison des cultures, emportant avec elles l'infection contractée en ville^{1,18,25,46,48}.

Quelques chiffres pour le Sénégal: en 1977, 1006 malades de sexe féminin sont venues consulter au centre des MTS de référence de la capitale.

Parmi celles-ci il y avait 583 prostituées dont 238 avaient une maladie vénérienne (soit 40% des prostituées). Or dans les conditions actuelles de surveillance une prostituée malade fait courir 25 à 35 risques par semaine⁵⁰.

L'ignorance

L'ignorance concernant les MTS est grande tant chez le public que chez le personnel médical et paramédical d'une manière générale^{6,13,37}.

L'insuffisance des infrastructures médico-sanitaires

L'insuffisance notoire de personnel médical et surtout de spécialistes dont souffrent nos pays ne permet pas encore à ceux qui voudraient se traiter de le faire dans les meilleures conditions^{13,37,50}.

Ainsi au Sénégal pour 5.085.388 habitants il n'y a que 6 médecins spécialistes et tous résident à la Capitale. Dans le reste du pays les MTS sont prises en charge dans la majorité des cas par des infirmiers.

Signalons enfin qu'en Afrique, d'autres facteurs comme l'homosexualité, la prostitution masculine n'ont pas encore atteint les proportions qu'ils connaissent ailleurs. Par contre, la polygamie y constitue un facteur non négligeable dans la dissémination des MTS.

Incidence des MTS dans les pays tropicaux

Il est difficile, voire impossible, d'avoir une notion précise sur l'incidence des MTS dans les pays tropicaux pour les raisons que nous avons évoquées plus haut. Néanmoins l'on peut avoir une vague idée de celles-ci dans certains pays tropicaux

d'après les renseignements fournis par les rapports de participants à la 11e conférence atelier de l'O.M.S. sur les maladies transmises par voie sexuelle³⁷ et par les communications écrites ou verbales faites lors de la première conférence africaine sur les MTS tenue à Ibadan du 22 au 26 août 1979⁹.

Aspects des M.T.S. en zone tropicale

La gonococcie

La gonococcie vient en tête par sa fréquence quel que soit le pays considéré^{6,13,21,33,36,37,38,39,50}.

Les manifestations aiguës après une période d'incubation de 2 à 6 jours sont bien connues chez l'homme: écoulement, dysurie, érections spontanées, fréquentes et douloureuses. Mais étant donnés les longs délais entre le premier signe et la consultation, la discrétion des symptômes voire leur absence chez la femme, les malades sont très souvent vus à un stade tardif, celui des complications: rétrécissements urétraux, inflammation pelvienne, infécondité féminine ou masculine sont relativement fréquents après une infection gonococcique^{7,21,27,29,39,46,48,50}.

Les formes extra génitales, oro-pharyngées, anales, cutanées sont souvent méconnues.

La mise en évidence du gonocoque dans les lésions récentes est facile. Il en est tout autrement dans les formes anciennes et cela nécessite d'aller jusqu'à la culture, encore que celle-ci ne soit pas toujours fructueuse. Le diagnostic avec les autres causes d'infections uro-génitales^{26,28}, aisé dans les pays disposant de moyens diagnostiques suffisants, est par contre difficile dans nos régions.

Le traitement de la gonococcie, même dans nos régions, ne devrait pas constituer un problème. Dans l'ensemble le gonocoque est toujours sensible à la pénicilline surtout associée à la probénécide, la spectinomycine pour ne citer que ces médicaments. Le traitement minute doit être privilégié dans nos régions^{13,16,36,37,41,42}.

La syphilis

La syphilis existe dans toutes les régions tropicales^{5,17,24,35,47}. Son incidence et sa prévalence sont le plus souvent sous-estimées. En effet étant données l'indolence et la tendance à la guérison spontanée du chancre initial, les malades ne consultent pas du tout ou le font à la phase secondaire de la maladie. Mais à cette période essentiellement dermatologique

la confusion est grande avec d'autres dermatoses. Sur peau noire, la roséole se voit mal. Par contre la papulose syphilitique palmo-plantaire est assez évocatrice. Quoiqu'il en soit, à cette phase secondaire, toutes les réactions sérologiques sont positives à des taux sériques élevés ce qui permettra de reconnaître les formes trompeuses.

La syphilis latente et les formes sérologiques posent de difficiles problèmes diagnostiques avec les tréponématoses non vénériennes dans les pays où sévissent ces dernières^{10,14,17,31}. Or nombre de pays tropicaux sont des foyers de tréponématoses endémiques (Beljel dans les pays chauds et secs, Pian, dans les pays forestiers et humides, Pinta en Amérique Latine).

Dans le but de simplifier nous proposons de coupler une réaction réaginique (V.D.R.L.) et une réaction spécifique (TPHA).

Dans le 1er cas on peut éliminer une tréponématose.

Dans la 2e éventualité il peut s'agir soit d'une tréponématose actuelle ou séquellaire. Il faut alors faire une sérologie quantitative:

VDRL $\geq 1/16$:

tréponématose actuelle: les arguments cliniques et anamnestiques (âge) orientent le diagnostic.

VDRL $< 1/16$: il s'agit

soit d'une tréponématose vénérienne actuelle récente ou d'une sérologie séquellaire. Il faut répéter la sérologie quantitative pour conclure.

Dans la 3e éventualité il s'agit (si une erreur matérielle est éliminée) d'une fausse positivité. En zone tropicale il faut savoir que certaines parasitoses ou infections chroniques peuvent entraîner des réactions réagéniques positives pendant très longtemps^{10,17,31}. C'est le cas de la lèpre, de la trypanosomiose, du paludisme, etc... Il en est de même des malades auto-immunes que l'on rencontre également dans les pays tropicaux (lupus érythémateux disséminé, dermatomyosite, etc...).

La connaissance des fausses réactions positives est d'un intérêt tout particulier chez l'Africain exposé à nombre de ces causes d'erreurs; il ne sera jamais assez répété qu'une sérologie des réagénines, même comportant plusieurs réactions couplées est sans signification si les résultats n'en sont pas confirmés par l'une des réactions spécifiques.

Dans la 4e éventualité s'il s'agit d'une séquelle sérologique d'une syphilis vénérienne traitée tardivement ou d'une tréponématose endémique spontanément éteinte. Ces sérologies positives sans traduction clinique, appelées syphilis inapparentes ou oc-

cultes doivent être correctement interprétées; d'abord parce qu'elles ne réagissent pas au traitement, ensuite parce qu'elles inquiètent les sujets qui en sont porteurs et peuvent être à tort des entraves pour l'exercice de certaines fonctions comme la navigation aérienne et pour l'immigration dans certains pays.

Le traitement de la syphilis

Fait toujours appel à la pénicilline. Jusqu'à l'heure actuelle il n'a pas été décrit de tréponème résistant à la pénicilline. Les modalités du traitement seules peuvent varier en fonction de la durée de la maladie.

Le chancre mou

Le chancre mou vient en deuxième position après la gonococcie et s'avère plus fréquente en zone tropicale que partout ailleurs^{19, 20, 24, 30, 49, 53}. Dans ces régions le chancre mou reste une maladie des grandes agglomérations et des ports. On a pu dire à juste titre que la chancellerie est une maladie de la misère³⁰. L'incubation est relativement courte, de 2 à 5 jours mais peut aller jusqu'à 14 jours.

Les manifestations initiales bruyantes (douleurs, gênes à la marche et aux rapports sexuels) incitent le plus souvent les malades à consulter.

Si la consultation est précoce on peut se trouver en présence du tableau classique: ulcération d'un enduit puriforme dont la détersion laisse apparaître une alternance de micro-dépressions et de petites saillies rouges (aspect framboisiforme); les bords sont surélevés; la base est molle et la palpation déclenche une douleur plus ou moins vive; le siège de prédilection est la partie cutanée des organes génitaux. Cette ulcération s'accompagne d'un bubon dans 30% de cas. Une forme relativement fréquente et qui nous paraît particulière aux Noirs est l'association d'un petit chancre et d'une énorme adénopathie satellite.

Si la consultation est tardive, éventualité très fréquente dans notre expérience, on est devant des formes graves qui sont devenues exceptionnelles dans les pays développés: les formes nécrotiques avec importante perte de substance; les formes phagédéniques avec extension en superficie plus ou moins large; les formes gangréneuses pouvant entraîner de grandes mutilations. Ces formes laissent des séquelles catastrophiques sur le plan fonctionnel.

Le diagnostic repose sur la clinique, la recherche du bacille de Ducrey sur un frottis dont la préparation et la lecture nécessitent un techni-

icien averti; la culture sur milieu au sang n'est pas de pratique courante dans nos régions.

La discussion diagnostique se fait en général avec les aphtes génitaux, la tuberculose (bubon fistulisé), le cancer devant les formes nécrotiques et phagédéniques.

Le traitement du chancre mou

Le bacille du Ducrey étant sensible à la plupart des antibiotiques, on utilisera de préférence les antibiotiques qui ne masquent pas une syphilis concomitante:

- soit streptomycine, 1 gramme par jour;
- soit sulfadoxine (fanasil) 1,5 g. en une prise par semaine.

La durée de ces traitements sera déterminée par la guérison clinique.

La lymphogranulomatose vénérienne (maladie de Nicolas-Favre)

La maladie de Nicolas-Favre existe à l'état endémique dans certains pays tropicaux^{27, 37, 38, 40} mais la plupart des publications qui en font état concernent des études séro-épidémiologiques.

L'agent responsable, *Chlamydia trachomatis*, demande pour sa détection des moyens diagnostiques dont disposent peu de pays en développement.

Au début la maladie est probablement confondue avec le chancre mou quand elle ne passe pas inaperçue. En effet le chancre d'inoculation peut être minime, fugace, ou alors constituer une ulcération douloureuse pouvant être facilement prise pour une chancellerie.

Par contre les formes évoluées sont facilement reconnaissables:

— L'adénopathie inguinale pluriganglionnaire, volontiers unilatérale, polyfistulisée en «pomme d'arro-soir» ou adénopathie empâtée, allongée de part et d'autre de l'arcade crurale par atteinte concomitante de ganglions iliaques et inguinaux.

— Les formes compliquées: esthiomène de la vulve, éléphantiasis de la verge ou des bourses qui, en zone tropicale, doivent faire discuter une tuberculose urogénitale ou une filariose lymphatique.

— Le syndrome ano-recto-génital de Jersild: associe un rétrécissement rectal, des fistules suppuratives anales et périnéales, un éléphantiasis des organes génitaux. Cette complication particulièrement

grave est rare. Elle pose des problèmes diagnostiques difficiles avec un mycétome des régions périnéales et, à un moindre degré, avec une amibiase ou une bilharziose cutanées qui sont plus rares.

Le diagnostic de la maladie de Nicolas et Favre demande un faisceau d'arguments cliniques et surtout para-cliniques: intradermo-réaction de Frei, sérologie, culture sur milieux spéciaux pour chlamydiae. Toutes ces investigations demandent un laboratoire équipé et des moyens qui sont souvent défaut dans les pays en développement. C'est peut-être pour-quoi dans nos régions, cette affection est beaucoup moins souvent identifiées que les maladies précédentes.

Les résultats des enquêtes sérologiques ne sont pas assez spécifiques (plusieurs souches de chlamydiae) et indiquent mal la prévalence de la lymphogranulomatose.

Le traitement par les cyclines donne de bons résultats au début de la maladie. Plus tard, en plus du traitement médical il faudra faire appel à la chirurgie.

La donovanose (ou granulome inguinal)

Cette affection transmise par les rapports sexuels et favorisée par l'hygiène défectueuse, sévit à l'état endémique dans les régions tropicales et subtropicales. Mais elle est totalement inconnue en Afrique de l'Ouest^{11, 37}. Les rares publications africaines nous parviennent de l'Afrique de l'Est et du Sud^{3, 19}; quelques cas sont signalés au Moyen-Orient. Par contre cette maladie serait fréquente en Amérique Latine, et aux Antilles^{6, 22, 47, 51}. L'agent responsable, *Calymatobacterium granulomatis*, est une bactérie proche des *Klebsiella* mais les tentatives de cultures sont restées jusqu'ici décevantes⁵¹. La méthode usuelle pour mettre en évidence cet agent reste l'examen après coloration de Giemsa des frottis ou des pièces biopsiques.

Les manifestations cliniques^{9, 11, 51}

L'incubation est variable, de trois jours à six mois; un délai de 17 jours a été observé après inoculation à des volontaires⁴⁴.

La lésion constituée se présente soit sous l'aspect d'une plaque ulcéreuse surélevée en plateau, à fond granulomateux, à contours arciformes; soit sous l'aspect d'un placard végétant en choux-fleurs. Il s'en écoule un liquide d'odeur fétide séreux ou séro-sanguinolent. Cette lésion ne s'accompagne habituellement pas de douleur ou d'adénopathie. Le siège

de la lésion c'est habituellement les organes génitaux externes mais c'est également le pli inguinal, le périnée. Des localisations loin des organes génitaux ont été signalées⁹.

Évolution

La lésion a tendance à s'étendre lentement en surface et en profondeur pouvant entraîner des pertes de substances importantes.

Formes cliniques

Nous signalerons simplement la possibilité de formes généralisées qui sont rares mais graves⁵¹ car le diagnostic est souvent fait à un stade avancé de la maladie ou en post-mortem.

Diagnostic

Après avoir éliminé les autres ulcérations génitales vénériennes, le problème qui se pose habituellement est celui d'un cancer devant une ulcération qui n'a aucune tendance à guérir. Mais en zone tropicale d'autres diagnostics doivent être soulevés, notamment la bilharziose et l'amibiase cutanées.

Traitement

Des résultats satisfaisants ont été obtenus avec la stréptomycine, le chloramphénicol ou l'auréomycine¹¹. Mais malgré l'efficacité des antibiotiques l'on voit encore des cas particulièrement chroniques et d'affreuses mutilations.

Les MTS mineures

Celles-ci commencent à être prises en compte dans les pays tropicaux. Les affections uro-génitales à candida albicans ou à trichomonas vaginalis sont de plus en plus diagnostiquées et traitées. Par contre les urétrites ou vulvo-vaginites à chlamydiae ou à mycoplasma ne sont pas encore du domaine de la pratique quotidienne car elles demandent des moyens de diagnostic qui ne sont pas accessibles encore à la plupart des pays sous-développés.

Conclusions

Les MTS sont une réalité avec laquelle il faut compter même si elles sont sous-estimées pour certains, méconnues pour d'autres dans les pays tropicaux. On peut distinguer ces affections en deux grands groupes: — des affections cosmopolites, la gonococcie, la syphilis, les MTS dites mineures, dont nous avons signalé quelques particularités en

zone tropicale;

— des affections endémiques dans certaines régions tropicales, le chancre mou, la donovanose, la maladie de Nicolas et Favre.

Pour des raisons liées essentiellement au sous-développement, ces maladies sont mal connues et mal contrôlées. Mais face à la poussée de ces affections dans les pays tropicaux où naissent de nouvelles villes avec l'exode rural et la prostitution comme corollaires, devant le développement du tourisme, il est permis d'espérer que les MTS vont susciter un plus grand intérêt du corps médical, du public et des autorités administratives.

Bibliographie

1. Bennett, F.J.: Gonorrhea = a rural pattern of transmission. *E. Afr. Med. J.*, 41: 163-167, 1964.
2. Benjard, S. et Lavenant, H.: Le Sénégal en chiffres — Annuaire statistique du Sénégal — Société Africaine d'Édition Dakar, 1976.
3. Bhagwande, B.S. et Naik, K.G.: Granuloma Venereum in Zambia. *E. Afr. Med. J.*, 54: 637-642, 1977.
4. Burney, P.: Some aspects of sexually transmitted diseases in Swaziland. *Br. J. Vener. Dis.*, 52: 412-414, 1976.
5. Cadinouche, E.B.: Épidémiologie des maladies transmises par voie sexuelle à l'île Maurice — *Méd. Afr. Noire*, 24: 787-793, 1977.
6. Catterall, R.D.: The World Situation in sexually transmitted diseases. Presented at the first African Regional Conference on Sexually transmitted diseases, 22-26 août 1979, Ibadan, Nigéria.
7. Cave, V.G., Bloomfield, R.D., Hurdle, E.S., Gordon, E.W. et Hammock: Gonorrhea in the obstetric and gynecologic clinic *J.A.M.A.*, 210: 309-311, 1969.
8. Daramola, T., Oyediran, M.A.: Venereal diseases in Lagos. *Israel J. Med. Sci.*, 7: 288-294, 1971.
9. Degos, R.: Dermatologie. Ed. Flammarion, Paris, 1962, p. 744-746.
10. Diop Mar, I. et Marchand, J.P.: Diagnostic des tréponématoses chez les Africains. *C.M.* 98: 2569-2586, 1976.
11. Duperrat, B. et Labouche, F.: Le granulome vénérien (donovanose) en France. *Ann. Derm. Syph. (Paris)*, 102: 241-250, 1975.
12. Eisenberg, E.: Syphilis in the Bantu of Soweto. *See. Afr. Med. J.*, 47: 2181-2188, 1973.
13. First African Regional Conference On Sexually transmitted diseases. Ibadan, 22-26 août 1979.
14. Hackett, C.J., Lowenthal, L.J.A.: Le diagnostic différentiel du pian. Monographie O.M.S., n°45 Genève, 1961.
15. Holland, S.: Sexually transmitted diseases in Rhodesia. *Cent. Afr. Med. J.*, 22: 193-195, 1976.
16. Huet, M., Milan, J.: Mesure de la sensibilité des neisseria gonorrhea aux antibiotiques de Yaoundé. Rapport final de la 5^e conférence technique de l'O.C.E.A.C., 600-606, mars 1970.
17. Hume: Problèmes mondiaux de diagnostic de la syphilis et des autres tréponématoses. *Med. Clin. Amer.*, 48: 721-730, 1964.
18. Jayasuriya, P.L.B.: The pattern of Venereal diseases in a provincial clinic. *Ceylan Med. J.*, 22: 52-54, 1977.
19. Kibukamusoke, J.W.: Venereal diseases in East Africa — *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 59: 642-648, 1965.
20. Koffi-Yao, A.: Contribution à l'étude du chancre mou et de son traitement (235 malades observés à Abidjan). Thèse Med. Université d'Abidjan 1973. 236 p.
21. Le Noc, P., Le Noc, D.: Les infections génitales féminines à Yaoundé — Importance de l'étiologie gonococcique — *Méd. Trop.*, 34: 41-48, 1974.
22. Maddock, J., Anders, E.M. et Dennis, E.: Donovanosis in Papua, New-Guinea. *Br. J. Vener. Dis.*, 52: 150-156, 1976.
23. Marton, K. et Cisse, A.: Dépistage de la maladie de Nicolas Favre à l'aide de l'antigène de Frei, en République de Guinée. *Méd. Afr. Noire*, 22: 447-450, 1975.
24. Medina, R., Vegas, M. et Alarcon, C.J.: La Lucha organizada contra las enfermedades venereas en Venezuela — Balance de actividades presentado en los cinco congresos nacionales de salud publica. *Derm. Venez.*, 15: 9-25, 1977.
25. Meheus, A.: Incidence et prévalence des maladies vénériennes dans des populations sélectionnées en région urbaine au Rwanda. *Ann. Soc. Belge Méd. Trop.*, 53: 179-185, 1973.
26. Meheus, A., Ballard, R., Vandyck, E., Ursi, J.P. et Dlamini, M.: Epidemiology of urethritis in males in Swaziland — Presented at the first African Regional Conference on sexually transmitted diseases — 22-26 août 1979, Ibadan, Nigéria.
27. Merle, F. et Peuch — Lestrade, P.R.: Gonococcie et stérilité au Cameroun. *Méd. Trop.*, 20: 735-745, 1960.
28. Mougeot, G.: Les parasitoses à Tropisme urinaire. *C.M.*, 100: 1246-1253, 1978.
29. Ndao, A.: Rétrécissements scléro — inflammatoires de l'urètre masculin au Sénégal — Thèse Méd., Dakar, 1968.
30. Niang, M.: Le chancre mou au Sénégal (À propos de 1585 cas). Thèse Méd., Dakar, 1977, n° 10.
31. Niel, G., Gentinili, M.: Sérologie tréponémique des travailleurs de l'Ouest africain transplantés. (À propos de 1.000 examens en immuno fluorescence et en floculation de Kline). *Bull. Soc. Path. Exot.*, 63: 180-194, 1970.
32. Ogunbi, O., Somorin, A.O. et Anyiwo, C.E.: Pattern of Venereal diseases in Lagos Nigeria — Presented at the first African Regional conference on sexually transmitted diseases. 22-26 août 1979, Ibadan, Nigeria.
33. Omer, E.E., Hagali, M. et Erwa, H.H.: Study of sexually transmitted diseases on Sudanese Women — First African Regional conference on sexually transmitted disease. 22-26 août 1979, Ibadan, Nigeria.
34. O.M.S.: Maladies vénériennes et tréponématoses. *Bull. O.M.S.*, 19: 103, 1958.
35. O.M.S.: Rapport de statistiques sanitaires mondiales, 5: 193-195, 1974.
36. O.M.S. Neisseria Gonorrhoeae et les in-

- fections gonococciques — Rapport d'un groupe scientifique de l'O.M.S. Série de Rapports techniques 1976 — N° 616.
37. O.M.S. Conférence-atelier sur les maladies transmises par voie sexuelle. Banoue 30-7 au 10.8, 1979.
 38. Ongom, V.L., Wamboka, J.W., Nakagwa, E.: The prevalence of venereal diseases among food and liquor — handlers in public in Kampala Uganda. *E. Afr. Med. J.*, 53: 389-397, 1976.
 39. Onifade, A., Osobs, A.O.: Venereal diseases among Nigerian Women Attending intra-uterine contraceptive device Clinics. *J. Trop. Med. Hyg. G.B.*, 75: 213-216, 1972.
 40. Osoba, A.O.: Sero-epidemiological study of lymphogranuloma venereum in West Nigeria. *Afr. J. Med. Sci.*, 6: 125-132, 1977.
 41. Philipps, M., Fernandes, O.: Antibiotic sensitivity of gonococci in Kampala, E. Afr. Med. J., 46: 38-45, 1969.
 42. Piot, P., Meheus, A.Z., Vanduyck, E., Bosmans, E. et Nakure, S.: La sensibilité aux antibiotiques de Neisseria Gonorrhoeae au Rwanda. *Ann. Soc. Belge Méd. Trop.*, 58: 33-38, 1978.
 43. Rafols, R.M.: Sexually transmitted diseases in Lesotho — Presented at the First African Regional Conference on Sexually transmitted diseases. Ibadan 22-26 août 1979.
 44. Rajam, R., Rangiah, P. et Angui, V.: La donovanose. O.M.S. Monographie, 1965.
 45. Ratnam, A.V.: Sexually transmitted diseases in Lusaka — First African Regional Conference on Sexually transmitted diseases. Ibadan, Nigéria, 22-26 août 1979.
 46. Retel-Laurentin, A. Mme: Les complications médicales et sociales de maladies sexuellement transmissibles en Haute Volta — Communication faite à la première conférence africaine sur les maladies transmises par voie sexuelle. Ibadan, 22-26 août 1979.
 47. Santos, C.: Sexually transmitted diseases in Latin America — Presented at the first african Regional Conference on Sexually transmitted diseases. Ibadan 22-26 août 1979.
 48. Sarraf, H., Ridet, J., Denbel, V. et coll.: Résultats d'une enquête étiologique sur les infections génitales féminines en zone rurale sénégalaise. *Bull. Soc. Méd. Afr. Noire Lang. Franç.*, 19: 76-79, 1974.
 49. Tan, T., Rajan, U.S., Koe, S.L., Tan, N.J., Tan, B.H. et Goh, A.J.: Chancroid: a study of 500 cases. *Asian J. Infect. Dis.*, 1: 27-28, 1977.
 50. Thiam, D.: Les maladies sexuellement transmises au Sénégal — Problème de Santé Publique. Thèse Méd., Dakar, 1975, n° 9.
 51. Vilde, J.L. et coll.: Les formes généralisées de la donovanose. À propos d'une observation. *Ann. Méd. Intern.*, 129: 61-65, 1978.
 52. Weissenberger, R., Robertson, S., Holland, S. et Hall, W.: The Incidence of gonorrhoea in Urban Rhodesian black Women. *S. Afr. Med. J.*, 52: 1119-1120, 1977.
 53. Willcox, R.: Chancroid in tropical, southern Rhodesia and the Gold Coast. *Bull. Who*, 4: 283-250, 1951.

Le paludisme en 1979

L.J. Bruce-Chwatt⁽¹⁾

Résumé

De toutes les maladies parasitaires, le paludisme constitue l'infection qui sévit ou a sévi dans tous les pays tropicaux. La distribution des espèces de l'hématozoaire n'est pas uniforme; le climat, l'espèce de l'Anophèle vecteur, l'intensité du contact entre l'homme et le moustique, sont autant de facteurs qui ont une influence sur le degré de l'endémicité du paludisme.

Au cours des dix dernières années la situation s'est malheureusement détériorée progressivement. La réapparition du paludisme endémique ou épidémique a particulièrement touché les pays d'Asie du Sud, certains pays d'Amérique latine et la Turquie. Le nombre de cas notifiés, pris globalement, a plus que doublé en 1977, en comparaison avec 1972. Le paludisme met donc à nouveau en danger non seulement la santé des populations entières mais aussi leur progrès socio-économique.

Durant la dernière moitié du XIX^e siècle le paludisme était endémique non seulement dans presque toutes les régions tropicales et subtropicales mais aussi dans les régions au climat tempéré en Europe et en Amérique du Nord. La maladie a disparu graduellement dans plusieurs pays développés à la suite de l'essor social et économique. Néanmoins pendant la première moitié du XX^e siècle on a estimé que chaque année plus de 250 millions de personnes souffraient d'accès de paludisme et au moins 2.5 millions en mourraient.

Le déclin du paludisme endémique dans les zones subtropicales des pays développés et dans les régions du monde en voie de développement n'a commencé que grâce à la campagne globale d'éradication du paludisme depuis les années 1950. L'emploi d'insecticides rémanents tels que le DDT et autres composés ainsi que la mise à disposition des médicaments antipaludiques furent les moyens les plus efficaces pour la lutte contre le paludisme.

Au cours de la première décennie, de 1957 à 1967, du programme d'éradication, mené avec énergie par l'OMS et les gouvernements nationaux, l'Europe, les États-Unis, l'URSS, l'Australie, la par-

tie majeure des îles Caraïbes et de la Chine, le Japon, plusieurs pays de l'Amérique du Sud (tels que l'Argentine, la Vénézuéla, le Pérou) ont été libérés du paludisme. L'éradication du paludisme en Afrique tropicale n'a pas été possible bien qu'au nord et au sud de ce continent de grands progrès aient été accomplis et qu'aux îles Maurice et à la Réunion le succès complet ait été atteint.

Toutefois, depuis 1967 la situation s'est dégradée dans plusieurs pays. La réapparition de la maladie a particulièrement touché les pays d'Asie du Sud, certains pays d'Amérique latine et la Turquie. Selon les informations reçues, le nombre des cas notifiés a plus que doublé en moyenne

¹⁾ Professeur émérite

d'hygiène tropicale, University of London, England.

au cours des cinq dernières années. Dans certains pays, l'augmentation a atteint des proportions dramatiques, les chiffres s'étant multipliés jusqu'à trente fois par rapport aux chiffres de 1969-1970. Le paludisme met donc à nouveau en danger, dans certains cas, non seulement la santé de populations mais aussi tout le développement socio-économique du Tiers-Monde.

En 1977 la population des zones primitivement impaludées du monde s'élevait à 2050 millions d'habitants, dont presque 436 millions vivaient dans les régions où l'éradication du paludisme avait été accomplie. Quelque 1260 millions vivaient dans les régions où la lutte antipaludique était en cours. Mais quelque 352 millions au moins vivaient dans les secteurs sans aucune mesure contre l'infection.

L'évolution de la situation dans les diverses régions (sauf l'Afrique), exprimée en nombres de cas autochtones signalés, est indiquée dans le Tableau I. Les chiffres donnés représentent les cas confirmés et notifiés par les services antipaludiques; ils offrent donc un aperçu de la situation qui est en dessous de la réalité, car l'exactitude de la notification varie selon la qualité de l'information et l'efficacité des services de laboratoire. Étant donné que dans certains pays on a renoncé aux opérations de surveillance, la recherche des cas est considérablement réduite. Vu le fait que dans la plupart des pays de l'Afrique au sud du Sahara les cas ne sont pas notifiés systématiquement, les chiffres pour cette région n'ont pas été inclus dans le Tableau I, basé sur les renseignements publiés par l'OMS (1978).

Le problème du paludisme a pris aujourd'hui une telle gravité que l'OMS a proposé à la 31^e Assemblée Mondiale de la Santé une réorientation de la stratégie de la lutte tenant compte des objectifs spéciaux des pays, ainsi que de leurs possibilités économiques. Pour bien comprendre les bases de la nouvelle stratégie il est souhaitable de récapituler les principes de la lutte contre le paludisme.

Principes de la lutte antipaludique

La transmission du paludisme est liée à un certain nombre de facteurs tels que la biologie des vecteurs, le comportement humain, l'environnement (température, pluviosité), les espèces et souches de parasites, le type des activités de lutte antipaludique menées dans la collectivité et le niveau d'immunité de la population touchée. Les méthodes développées par Macdonald permettent d'évaluer la dynamique de la transmission en se fondant sur le nombre de cas nouveaux qui peuvent être transmis à partir d'une source unique d'infection.

Dans la planification de toute activité antipaludique, il faut respecter un certain nombre de principes:

- i) la lutte antipaludique doit faire intégralement partie du programme national de santé;
- ii) dans toute la mesure du possible, la lutte antipaludique devra faire partie intégrante des programmes de développement économique;
- iii) la participation de la collectivité doit être une condition primaire puisqu'on ne pourra guère réussir sans que ses membres comprennent les effets des différentes méthodes de travail;
- iv) la volonté nationale de lutter contre la maladie doit être clairement exprimée dans une décision des autorités de soutenir à long terme les activités antipaludiques.

Dans le choix des méthodes de lutte, il faut également se conformer à certains principes. Pour faire baisser la mortalité et la morbidité dues au paludisme, on n'a besoin que de médicaments antipaludiques. Ceux-ci doivent être choisis en fonction de la fréquence appropriée, de la période pendant laquelle ils seront administrés dans la collectivité, ainsi que des groupes de population jugés à haut risque.

Pour un programme de lutte à long terme visant à réduire la prévalence, il faut accorder la priorité aux méthodes écologiques de réduction

à la source, mais sans oublier pour autant les autres méthodes. En milieu urbain on peut combattre le paludisme en éliminant les larves par des moyens chimiques, avec ou sans intervention sur le milieu ambiant et, au besoin, en détruisant les insectes adultes par des moyens appropriés. Il convient de réserver essentiellement les insecticides rémanents aux programmes ayant de bonnes chances d'interrompre la transmission, notamment en milieu rural, ou aux opérations d'enrayement des épidémies, à condition que les vecteurs soient sensibles aux insecticides utilisés. On recourra à des mesures individuelles de protection pour réduire les contacts entre le moustique et l'homme (Tableau II).

Ce schéma stratégique est applicable à tous les pays impaludés. Un plan d'action doit être élaboré en priorité dans les pays où la réapparition du paludisme prend une forme épidémique. À cette fin, tous les moyens et méthodes disponibles doivent être utilisés pour redresser la situation épidémiologique et enrayer la transmission de l'infection.

Variantes tactiques

Au cours de la réunion en 1979 du Comité d'Experts du Paludisme, les possibilités tactiques de l'organisation de la lutte contre le paludisme furent envisagées.

Compte tenu des facteurs techniques et suivant les moyens disponibles et les ressources des pays, quatre tactiques de lutte antipaludique peuvent être mises en action:

- i) Réduction/prévention de la mortalité due au paludisme par *administration de médicaments antipaludiques à tous les paludéens*.
- ii) Réduction/prévention de la mortalité spécifique et réduction de la morbidité en fournissant des *médicaments antipaludiques à tous les paludéens et aux membres des groupes très vulnérables* (enfants, travailleurs des projets de développement, femmes enceintes).
- iii) Prévention de la mortalité et réduction de la morbidité et de la prévalence par *administration de médicaments antipaludiques et adoption de mesures de lutte antivectorielle*.
- iv) *Application de mesures de lutte à l'échelon national avec pour objectif final l'éradication de la maladie*.

Ces variantes pourraient servir au classement des régions impaludées en fonction d'objectifs réalisables mais également à la planification à long terme de programmes échelonnés qui, commençant par des activités de premier niveau, utiliseraient des méthodes plus complexes et plus ef-

Tableau I

**Nombre de cas autochtones de paludisme
(en milliers) notifiés de 1972 à 1976,
par région (Afrique non comprise)**

Région	1972	1973	1974	1975	1976
Amériques	284	280	269	356	379
Asie du Sud-Est	1 920	2 694	4 210	5 992	6 539
Europe	21	13	8	12	39
Méditerranée orientale	855	883	524	447	350
Pacifique occidentale	171	203	170	197 ^a	210 ^a
TOTAL	3 251	4 073	5 181	7 004	7 517

^a Chine, Kampuchea démocratique et Viet Nam non Compris.

Tableau II

Application des différentes mesures antipaludiques

Situation écologique	Mesures individuelles	Mesures collectives
Zones rurales	Mesures visant à réduire les contacts homme/vecteur, chimioprophylaxie, chimiothérapie	Pulvérisations d'insecticides à effet rémanent, chimioprophylaxie de masse, gestion des eaux, remblayage et drainage, assèchement intermittent, nettoyage des canaux, mesures biologiques
Projets de développement	Répulsifs, pulvérisations de pyréthre, chimiothérapie	Dépistage et sélection des sites, insecticides à effet rémanent, pulvérisations spatiales, chimioprophylaxie de masse, gestion des eaux, assèchement intermittent, remblayage et drainage, reboisement
Zones urbaines	Chimiothérapie	Application de larvicides, remblayage et drainage, gestion des eaux, nettoyage des canaux, chimioprophylaxie de masse

Ce schéma stratégique est applicable à tous les pays impaludés. Un plan d'action doit être élaboré en priorité.

ficaces pour atteindre les autres objectifs.

Dans certains cas, il peut y avoir superposition ou juxtaposition de différentes variantes: on trouvera, par exemple, dans certaines régions impaludées, un programme visant à interrompre la transmission dans les villes tandis que dans les zones rurales environnantes il s'agira de réduire la mortalité chez les enfants et la durée de l'incapacité parmi les travailleurs des projets de développement.

Formation des cadres

La formation aux techniques de lutte antipaludique doit faire partie intégrale du programme de lutte antipaludique, et en constituer en fait la grande priorité. À ce titre, elle doit avoir pour but non seulement la formation d'un personnel spécialisé mais également l'accroissement des compétences de tous ceux qui peuvent être directement ou indirectement concernés. À cet égard, il convient de mentionner plus particulièrement d'initier les ingénieurs (génie civil, hydraulique, travaux publics) aux questions de lutte antipaludique étant donné que, dans de nombreux cas, ils sont associés aux modifications écologiques qui peuvent contribuer à exacerber le paludisme. Le développement des compétences est une responsabilité nationale; il doit s'effectuer dans des centres de formation nationaux — au besoin, en coopération avec les pays voisins et avec la collaboration d'organismes internationaux et bilatéraux — et avoir pour but de former des candidats de tous niveaux, choisis parmi le personnel de santé

existant.

En ce qui concerne la formation des agents de lutte antipaludique (paludologues, entomologistes et techniciens de la lutte antipaludique dans la catégorie du personnel de haute qualification, et techniciens de laboratoire, microscopistes et agents de surveillance), il convient d'organiser des cours de brève et de longue durée — qui tiennent compte des options, des besoins et des possibilités de chaque pays. L'OMS collabore avec les services nationaux à la mise au point des programmes pour les différents types de cours, et en procurant du personnel enseignant ainsi que du matériel pédagogique.

Recherche

Afin d'appliquer la variante tactique choisie, en utilisant de la manière la plus efficace et la plus économique les moyens disponibles, il faudra entreprendre sur le terrain un effort de recherche considérable portant sur:

i) le schéma naturel de transmission et son évolution, avec étude des vecteurs et du comportement humain;

ii) l'utilisation rationnelle des insecticides, avec étude de la résistance des vecteurs aux insecticides et des mécanismes associés au phénomène de résistance;

iii) la sensibilité/ résistance de *Plasmodium falciparum* aux amino-4 quinoléines ainsi que la caractérisation de différentes souches de *P. falciparum* et *P. vivax*;

iv) l'applicabilité et la détermination du coût des mesures de lutte

techniques (travaux de génie civil).

Outre ces quatre grandes orientations, d'autres recherches devront être entreprises sur le terrain en ce qui concerne l'écologie particulière de certaines zones.

Dans certains cas, une formation pourra être nécessaire pour des techniques de recherche particulières mais, en général, les activités de recherche doivent aboutir au développement qualitatif des compétences nationales et à la solution locale des problèmes techniques.

En général il faut mettre sur pied des recherches appliquées visant à trouver les moyens d'application les plus économiques d'une méthode de lutte convenant à la situation. De telles activités préparatoires devraient aboutir à la mise au point d'un plan réaliste de lutte antipaludique à court ou long terme, s'intégrant dans les programmes de santé du pays.

Dans les pays où aucune activité de lutte antipaludique n'a été entreprise, on pourrait évaluer les moyens disponibles et la praticabilité locale des différentes mesures de lutte, inciter au lancement d'activités, mettre au point des recherches appliquées en vue de résoudre les problèmes locaux, former du personnel national et promouvoir la coopération inter-pays et internationale.

La recherche, notamment la recherche appliquée sur le terrain, est indissociable de tout programme de lutte antipaludique; par conséquent, elle doit être prévue puis exécutée par ceux qui sont chargés de la mise en oeuvre du programme.

Lutte antipaludique et les services de santé de base

Les administrateurs des services généraux de santé et les spécialistes du paludisme s'accordent sur le rôle que sont appelés à jouer ces services dans les programmes de lutte ou d'éradication du paludisme.

Les services des soins primaires ne répondent pas à tous les besoins — il est reconnu qu'ils ne sont pas suffisamment intégrés aux grands réseaux nationaux de santé publique, ce qui limite leur portée. L'encouragement a fait défaut pour instituer une coordination adéquate entre les services antipaludiques et les services des soins primaires. Pourtant cette liaison est essentielle pour faire participer les personnes qui assurent ces services aux programmes antipaludiques et pour leur faire jouer le rôle prépondérant qu'ils exercent dans le cadre d'autres programmes sanitaires.

Il est presque impossible de justifier les coûts inhérents au maintien d'un personnel spécialisé se con-

sacrant exclusivement aux opérations de contrôle ou d'éradication de la malaria.

Vu les caractéristiques épidémiologiques du paludisme, les difficultés techniques et financières qu'il présente et les effectifs variables du personnel, tant spécialisé que général, dont on dispose; il est préférable de s'attacher à l'étude des problèmes spécifiques de chaque zone frappée par le paludisme, de définir des stratégies distinctes pour chacune de ces zones, de déterminer les fonctions à attribuer au personnel, de donner des directives précises et de procéder à une supervision continue des activités opérationnelles du programme.

Les services des soins primaires devant constituer l'infrastructure qui desservira la population rurale et garantira le succès des programmes spécifiques (programme antipaludique y compris) qui constituent le plan de santé publique; une haute priorité doit être donnée à la planification du développement, à l'élargissement progressif de ces services dans tous les pays de la région, et à la création d'une volonté politique propre à accélérer ce processus jusqu'à ce que soit mis en place un réseau aussi vaste que possible.

Lorsqu'on ne dispose pas d'un service sanitaire de base ou de programme visant à en créer un à court terme, la mise en oeuvre de systèmes de pénétration dans des zones difficilement accessibles des points de vue géographique et culturel, pourrait marquer un premier pas sur la voie d'un élargissement de l'infrastructure sanitaire. Dans ces cas, le système de pénétration ne devrait pas chercher à résoudre un problème sanitaire par-

ticulier mais s'attacher à tous ceux qui, non seulement présentent un caractère prioritaire mais peuvent aussi être palliés par les mesures dont on dispose pour les combattre.

Le paludisme et le progrès socio-économique

De nature sociologique, financière et politique, les difficultés qui ont interrompu les progrès sensibles qu'avait enregistrés la lutte mondiale contre le paludisme, interdisent également d'améliorer les conditions sanitaires des pays qui ne disposent ni de services de santé satisfaisants ni d'un personnel sanitaire assez nombreux. Les raisons des faibles progrès accomplis et d'une nouvelle régression éventuelle de la lutte pour l'éradication du paludisme sont particulièrement complexes. À ce sujet, on ne peut nier l'importance des obstacles techniques, notamment l'exophilie de quelques espèces d'anophèles, de la résistance aux insecticides des vecteurs du paludisme, de la difficulté d'accès aux villages périphériques et des modes de construction primitifs de ces derniers.

L'accord s'est fait sur l'urgence de reconsidérer le problème dans une nouvelle optique et l'on a convenu qu'il était nécessaire:

- i) d'entreprendre des recherches sur de nouvelles méthodes de contrôle;
- ii) d'améliorer les services sanitaires de base;
- iii) de considérer deux facteurs d'ordre économique:
 - a) les coûts inhérents à l'une des principales endémies qui frappe les pays tropicaux en développement, et
 - b) les frais qu'entraînerait son contrôle.

Nombreux sont les auteurs qui ont tenté de justifier les activités de contrôle ou d'éradication du paludisme par les bénéfices qui accompagneraient la régression de la morbidité et de la mortalité afférentes. Or, la portée réelle de l'économie sanitaire va beaucoup plus loin puisque les aspects médicaux de la maladie englobent tant l'état physique que l'état mental de l'individu, à savoir sa vitalité, sa force, son initiative, son pouvoir de concentration et sa capacité d'apprendre.

Aujourd'hui il est généralement admis que toute maladie endémique généralisée, le paludisme notamment, a une grave répercussion sur les conditions socio-économique d'un pays, répercussion dont il est cependant extrêmement difficile d'évaluer la composante financière. Dans les pays tropicaux en voie de développement, il est particulièrement malaisé de réunir les données nécessaires à une enquête exhaustive sur les relations réciproques complexes qui configurent l'économie d'une nation ou même d'une région. De plus, ces estimations sont toujours approximatives et ne reflètent pas la somme de tous les facteurs qui interviennent dans l'évaluation du coût socio-économique du paludisme.

Les conditions sanitaires et éducatives influent sur la situation économique et vice-versa. En effet, des circonstances sanitaires défavorables peuvent réduire, voire annuler, les effets bénéfiques escomptés des mesures adoptées pour accélérer les progrès économiques et sociaux. Il conviendrait donc de concevoir une politique de développement équilibrée et planifiée dont le succès dépendra pour une large part de la motivation de la communauté et du pays tout entier.

La santé des voyageurs:

Serge Dumas⁽¹⁾

une solution de tous les jours à un problème de tous les jours.

Résumé

Le département de santé communautaire de l'hôpital du St-Sacrement et son service de médecine familiale ont mis sur pied un programme de santé des voyageurs destiné à assurer une vaccination adéquate, une information riche et spécifique, un suivi et une relance adaptés aux besoins particuliers de leurs clients.

Situé à deux pas du Centre d'Entraide et de Coopération Internationale, voisin de quatre des plus gros édifices abritant des services du Gouvernement Provincial, desservant une population faite d'une part de gens bien nantis logés dans des édifices de luxe et, d'autre part, de jeunes étudiants et travailleurs installés dans les nombreux logements à prix populaire du quartier, l'Hôpital du St-Sacrement et son service de médecine familiale desservent une clientèle de voyageurs très nombreuse et très variée. Il n'est donc pas étonnant que la clinique de vaccination de son département de santé communautaire ait rapidement pris une importance considérable, augmentée encore par l'autorisation exclusive qu'elle a de détenir le vaccin contre la fièvre jaune pour l'Est du Québec.

Il est donc très fréquent pour les médecins omnipraticiens oeuvrant dans le service de médecine familiale à la Clinique de Médecine de Famille du Centre Médical Berger, qui jouxte l'Hôpital du St-Sacrement, d'être sollicités par des voyageurs soucieux de leur santé et désireux d'obtenir des conseils ou des médicaments préventifs.

Il existe plusieurs catégories de voyageurs au Québec et toutes ne sont pas traitées de la même façon.

Les jeunes travailleurs patronnés par des organismes officiels comme l'ACDI ou SUCO sont solidement encadrés, instruits à l'avance des précautions et des inconvénients éventuels de leur séjour à l'étranger, évalués par un médecin, convenablement vaccinés et obligatoirement passés au peigne fin au retour, pour rechercher le ou les parasites qui

auraient pu se glisser à travers ce rideau de prévention.

D'autres, certains missionnaires, employés de compagnie oeuvrant à l'étranger ou de certains services gouvernementaux, sans avoir pris les mesures préventives que bien souvent ils ignorent, profitent d'un séjour plus ou moins long au Canada pour passer un examen médical. La certitude de non infestation que demandent ces patients incline bien souvent à la surinvestigation ou à la recherche plus ou moins exclusive de maladies exotiques en laissant de côté les facteurs de risque bien universels (cancer, maladie coronarienne, etc...) auxquels restent exposés ces Québécois oeuvrant à l'étranger.

Les autres, de beaucoup les plus nombreux, jeunes garçons et filles désireux de parcourir le monde et de vivre plus que de visiter les pays étrangers, ou nouveaux aventuriers recherchant un inconnu de jour en jour plus lointain et plus inaccessible, sont laissés à eux-mêmes et ont souvent des informations, des cédules de vaccination et des ordonnances médicales qui sont si différentes qu'elles ne peuvent être toutes conformes à la pensée médicale du jour.

Certains de nos patients enfin, diabétiques insulino-dépendants, insuffisants coronariens, insuffisants cardiaques, hypertendus, présentent à la veille de voyages des problèmes particuliers auxquels nous ne nous sentons pas toujours préparés à faire face et pour lesquels les consultants nous font bien souvent défaut.

Des questions enfin, concernant l'usage de gamma globuline, les services médicaux en pays étranger, l'assurance-hospitalisation, l'assurance-maladie, les services dentaires, optiques, l'environnement domestique, les écoles, restent bien souvent sans réponse.

Il nous est vite apparu impossible de solutionner ce problème

autrement qu'en équipe.

Avec le département de santé communautaire et la Clinique de Médecine de Famille, il est possible d'unir nos efforts pour vacciner, informer correctement, assurer un suivi et une relance à nos voyageurs et même d'utiliser continuellement les influx qui nous viennent de voyageurs d'expérience pour enrichir notre information et l'expérience préalable de nos clients.

Cette équipe est réunie dans un programme nouveau que nous avons baptisé le programme de Santé-Voyageurs.

La clinique de vaccination est la plaque tournante de ce programme. Les voyageurs qui s'y présentent sont individuellement rencontrés par l'infirmière qui dresse leur cédule de vaccination et qui remplit une carte nous permettant

1. d'évaluer le risque du voyage prévu et
2. d'assurer à ce client un suivi approprié.

Tous les voyageurs ont l'occasion à cette clinique de visualiser un court diaporama de dix minutes destiné à les sensibiliser de façon très générale aux précautions habituelles sous les tropiques et aux services offerts par le programme.

Les voyageurs jugés à risque:

- Malades traités et soumis à une médication régulière,
- Allergiques,
- Enfants,
- Voyageurs prévoyant de demeurer plus de 3 mois sous les tropiques et hors des circuits touristiques habituels,
- Ceux pour qui une prophylaxie antipaludéenne est jugée nécessaire, sont dirigés vers le système d'information du programme.

On leur suggère l'achat de la brochure «Voyager en sûreté sous les tropiques» qui nous semble en

1) M.D., directeur médical, Programme Santé Voyageur, département de Santé Communautaire, Hôpital du St-Sacrement, Québec.

quelque sorte l'information minimale et cette information est renforcée par une conférence, donnée les premier et troisième mercredis de chaque mois, centrée autour d'un diaporama, et commentée par le médecin membre de la clinique chargé de la conférence.

Les assistants sont de tout âge et de toute expérience, susceptibles d'apporter autant que de recevoir de ces conférences. La seule uniformité que nous tentons de respecter est celle de la destination générale, afin d'être aussi spécifique que possible.

Le plan de cette conférence est le suivant:

- Immunisation
- Précautions particulières
 - aliments
 - eau
 - baignade
 - chaleur et soleil
 - moustique
- Adaptation au climat
- Adaptation psychologique et emploi du temps.
- Prophylaxie anti-paludéenne
- Traitement simple des problèmes mineurs les plus courants.

On leur indique aussi la teneur des informations qui seront nécessaires à leur médecin au retour pour évaluer le risque d'infestation parasitaire ou autre et un carnet de huit pages, du même format que le carnet de vaccination et destiné à y être inséré, leur est fourni, indiquant les questions qui leur seront posées lors de l'examen du retour et laissant l'espace nécessaire pour noter en cours de route les renseignements pertinents:

- manquements à la discipline de base

- contacts vénériens
- symptômes présentés
- contacts épidémiques
- pays visités, ou à quelle saison.

Ce carnet, nous l'espérons, en plus de permettre une évaluation plus efficace lors du retour, sert d'aide-mémoire et de renforcement de l'information. La fidélité aux mesures préventives devrait être meilleure.

À la suite de ces réunions, ceux qui en font la demande sont vus en consultation afin d'évaluer leur risque personnel, de prescrire la médication anti-paludéenne, de voir à régler, avant le voyage, les problèmes de prescription médicale ou même de relance en cours de route. Pour les diabétiques, un programme spécial est en cours, prévoyant de leur enseigner à adapter les prises d'insuline aux fuseaux horaires, de changer de type d'insuline si le leur n'était pas disponible, de doser leur insuline en cas de maladie, (entérite par exemple) et d'évaluer le contenu calorique d'aliments non connus au préalable.

Les allergiques et les asthmatiques sont pareillement conseillés quant au transport et à l'usage des médicaments qui peuvent leur être utiles.

Dans certains cas particuliers, une pharmacie est montée, avec les informations nécessaires à l'utilisation de tous les médicaments fournis, selon les connaissances préalables et le degré d'isolement du séjour sous les tropiques.

Il ne nous est arrivé qu'une seule fois jusqu'à présent de conseiller à un patient de remettre un voyage à

plus tard: le voyage était risqué et le voyageur l'avait décidé à la toute dernière minute et sans préparation pour le faire.

L'évaluation des voyageurs au retour visera surtout à

- investiguer ceux qui sont malades et les référer si nécessaire et
- à évaluer les autres en leur indiquant la marche à suivre en cas de symptômes particuliers.

Il ne nous apparaît pas utile d'instaurer un plan rigide d'investigation en l'absence de risques particuliers (24 heures de baignade dans le lac Victoria par exemple) ou de symptômes précis.

Cependant, il est important que les voyageurs soient correctement informés des symptômes à surveiller et deviennent les artisans de leur propre santé.

Le programme de santé-voyageur n'existe que depuis mai 1979.

Il est en perpétuel changement.

En septembre dernier, et malgré le ralentissement de l'été, 97 voyageurs s'étaient prévalus de tous nos services préventifs. Si nous ne pouvons pas encore déterminer l'impact de ce programme sur la santé des voyageurs, nous constatons avec plaisir que l'équipe fonctionne à merveille et que les voyageurs contactés nous apportent eux aussi avec enthousiasme les informations qu'ils détiennent, susceptibles d'être utiles à d'autres.

Cette expérience de collaboration nous semble efficace et applicable à d'autres sujets, à d'autres programmes.

Les maladies transmissibles sexuellement en Martinique

M. Constant-Desportes⁽¹⁾

Résumé

Après avoir situé la Martinique au plan géo-politique et touristique, l'auteur explique comment sont structurés les services diagnostiques et thérapeutiques aux fins de traitement des M.T.S. Elle brosse ensuite un tableau des différentes affections couvrant les tréponématoses (syphilis et pian), la gonococcie, les trichomonases, le chancre mou, la donavanose et la lymphogranulomatose vénérienne. Elle termine en faisant des suggestions pratiques visant à améliorer l'efficacité du dépistage, la précision du diagnostic, le traitement immédiat et le suivi ultérieur.

Avant d'envisager cette pathologie qui nous intéresse, nous situerons en premier lieu la région dans laquelle notre étude portera, pour comprendre et analyser les chiffres que nous vous présenterons.

La Martinique est une petite île de l'Archipel des Caraïbes, de 80 km de long, sur 30 km de large, dans ses plus grandes dimensions.

Elle est située entre l'île de la Dominique au nord, et au sud de l'île de Sainte-Lucie.

La Martinique, est un D.O.M. ce qui veut dire en termes clairs: Département d'outre mer, rattaché à la France, régie par les lois françaises.

Notre économie a une forte orientation touristique et je n'en veux pour preuve que ces quelques chiffres.

La population martiniquaise est d'environ 320 000 habitants.

En 1968, nous recevions, sans compter les Français de l'hexagone, 20 211 touristes.

En 1978, nous recevions 96 415 voyageurs, donc nous avons plus que quadruplé notre activité touristique en dix ans.

Si nous y ajoutons les Français de l'hexagone, nous atteignons le chiffre impressionnant, à votre échelle, de 147 799 voyageurs pour l'année 1978, soit environ 40% de notre population globale.

Parmi ces touristes, nous comptons dans notre île en 1978, 13 603 Québécois. Vous réalisez donc l'importance de ce brassage humain.

Ces chiffres nous ont été communiqués par l'Office du Tourisme.

Il est donc inévitable que la Martinique soit touchée par la recrudescence mondiale des maladies vénériennes.

De quelles structures locales de lutte disposons-nous?

Il existe un dispensaire principal:

- le Dispensaire Rochambeau, spécialisé dans les affections transmissibles sexuellement, situé à Fort-de-France, capitale de la Martinique, ville d'environ 100 000 habitants.

Y travaillent:

- deux Médecins, dont le Docteur Raymond Hélénon, dermatologue, qui m'a fourni les documents que je vous présenterai;
- trois infirmières;
- deux assistantes sociales, pour nous aider dans la recherche des sujets contactés et la surveillance des malades.

Il existe d'autres dispensaires de moindre importance.

Nous devons immédiatement parler de nos confrères Médecins de Ville qui reçoivent beaucoup d'affections vénériennes et pour des raisons multiples ne les déclarent pas.

L'une des premières raisons en Martinique, et nous le comprenons: ce sont les voyageurs de passage.

L'enquête est le plus souvent impossible, la surveillance du traitement illusoire, vu la brièveté des séjours. Et dans une optique épidémiologique, il s'agit d'une situation non satisfaisante.

Nous pensons qu'il est plus facile pour un dispensaire de retrouver toutes les filières de contaminations grâce à nos assistantes sociales, que pour un confrère généraliste.

Il serait donc souhaitable

que tous ces patients soient vus par le même dispensaire.

Quels sont nos moyens de diagnostic?

J'entends par là les possibilités de nos laboratoires. — Ils sont corrects, mais limités.

Nous disposons de:

- laboratoires privés;
- laboratoire départemental;
- laboratoires hospitaliers.

En particulier celui du Centre Hospitalier de Fort-de-France, assurant les recherches bactériologiques et immunologiques.

Nous n'avons pas de laboratoire de virologie.

Nos enquêtes bactériologiques se limitent le plus souvent à l'examen direct, car, nous, médecins, nous n'adressons pas assez souvent nos patients aux laboratoires et ceux-ci le déplorent.

Ainsi, nous ne pouvons étudier la sensibilité des germes, et en particulier des gonocoques.

Nous ignorons si des souches de gonocoques productrices de B lactamase ont fait ou non irruption dans notre île.

Pour la sérologie tréponémique, outre le Kline, nous avons à notre disposition depuis 1978, les réactions à antigènes tréponémiques spécifiques tués.

Test d'immunofluorescence indirecte F.T.A. Abs.

Test d'hémagglutination passive c'est le T.P.H.A.

Cette sérologie est souvent positive.

En effet, durant les six premiers mois de l'année 1979, le Laboratoire du Centre Hospitalier de Madame Jouanelle a retrouvé 17% de positivité sur 6 417 sérums étudiés.

Pourcentage bien plus élevé que celui que nous obtenions

1) C.H. de Fort-de-France Martinique.

avec la sérologie classique qui était de 9.2% de positivité, toujours chez les sujets hospitalisés.

Nous ne disposons pas sur place du test de Nelson (T.P.I.), test de référence mettant en évidence les immobilisines.

Quelle est la répartition des différentes affections

Les tréponématoses

En Martinique, nous avons deux tréponématoses dont le mode de contamination est très différent (Tableau I):

- La Syphilis, maladie typiquement vénérienne;
- Le Pian, qui est une tréponématose non vénérienne.

Mais il n'y a pas de possibilité jusqu'ici au Laboratoire de distinguer les tréponèmes responsables de ces deux maladies, ni au microscope, ni par les différentes techniques sérologiques.

En pratique, il faut retenir que pour nous: une sérologie positive n'est pas synonyme de syphilis.

Le Pian:

L'agent responsable serait: *Treponema pertenue*.

La transmission n'est ni congénitale, ni vénérienne. Elle semble le plus souvent directe par contact d'une lésion infectée avec une effraction cutanée ou muqueuse, ce qui explique la précocité de la contamination dans l'enfance.

- la symptomatologie: la phase primaire est dominée par le chancre pianique;
- la phase secondaire: les pianomes, qui sont des lésions papillomateuses, végétantes et souvent multiples.

— les complications tertiaires sont dominées par des atteintes osseuses, périostites et ostéites.

— Retenons pour cette tréponématose endémique qui intéresse les Petites Antilles et l'Amérique du Sud, l'absence constante de transmission congénitale.

La Syphilis:

Qui s'observe fréquem-

ment chez nous n'a rien de bien spécifique.

Le Chancre:

Cependant peut être atypique, car mixte ou surinfecté.

La roséole de la phase secondaire est difficile à voir sur les peaux noires.

Les accidents tertiaires sont loin d'être exceptionnels.

— Cardio-vasculaires:

aortite syphilitique; anévrisme.

— Neurologiques:

Nous analyserons le premier tableau sous la rubrique syphilis, qui correspond à un diagnostic clinique confirmé par la sérologie.

Il existe un peu plus d'hommes que de femmes:

367 hommes

350 femmes

Il ne semble pas y avoir une recrudescence de la syphilis et même une certaine stabilité.

— Les tréponématoses latentes (2e colonne) qui sont des découvertes d'examen systématiques et d'embauche ou d'hospitalisation.

Ici globalement nous trouvons un nombre légèrement plus élevé de femmes, 243 pour 231 hommes. Cette différence provient surtout des sérologies prénatales. Et ici vous imaginez immédiatement les difficultés qui se posent à nous lors de la découverte d'un sérologie tréponémique positive chez une femme gestante.

S'agit-il d'une syphilis ou d'un pian? Le pronostic pour le fœtus est tout à fait différent. Quand cette découverte a lieu durant la gestation le traitement est institué, connaissant l'innocuité du traitement pénicilliné sur le fœtus. C'est une mesure de prudence.

Mais si cette découverte est tardive chez cette patiente, les attitudes sont plus nuancées. L'attitude logique serait de suivre la sérologie de ses nouveaux-nés en s'aidant de la technique F.T.A.I.G.M.

mais la difficulté de surveillance incite certains pédiatres à traiter

systématiquement.

En effet, en 1975 le Dr St-Aimé avait pu colliger 15 cas de syphilis congénitale, dont deux décès.

La gravité de cette affection explique l'attitude peu nuancée de certains pédiatres: traitement systématique.

Cette attitude peu satisfaisante intellectuellement s'est cependant montrée efficace.

Nous n'avions à déplorer, qu'un cas en 1976 et depuis 3 ans nous n'avons pas enregistré de nouveaux cas de syphilis congénitale.

Ici, nous n'insisterons pas sur le traitement de la syphilis qui est comme partout dominé par la pénicillinothérapie.

La gonococcie

Dans le tableau numéro II

Nous assistons à partir de 1971 à une ascension très nette des urétrites dominées par les urétrites gonococciques; si ce mouvement semble s'atténuer d'après nos chiffres, à partir de 1975 c'est qu'ils sont peu représentatifs.

En effet, la majorité des patients sont traités en dehors de dispensaires spécialisés, et nos confrères omettent souvent de faire leur déclaration.

Dans le tableau numéro III

Nous constatons en Martinique, comme ailleurs, que le diagnostic de cette urétrite est beaucoup plus aisé chez l'homme que chez la femme.

Ce qui explique cette grande différence, pour les trois dernières années 1976-1977 et 1978.

- 849 hommes;
- 158 femmes.

Pourquoi cette gonococcie n'est-elle pas déclarée?

Nous pensons qu'elle est banalisée par le traitement dit: minute.

Nos confrères ont dans leur cabinet l'injection miracle de spectinomycine (trobicine) et en face du malade qu'il est classique d'appeler un vagabond sexuel, on lui fait immédiatement une I.M. de 2 g de trobicine en ayant la sensation d'avoir interrompu la chaîne épidémiologique en ne traitant qu'un sujet.

D'ailleurs, ce même patient se représentera spontanément au cabinet du confrère, un mois plus tard, réclamant de nouveau son injection miracle.

Pour le malade comme pour le médecin, l'urétrite gonococcique se guérit en une injection I.M.

Quand un neisseria se trouve dans la gorge ou dans le L.C.R.

Tableau I

Tréponématoses en Martinique

Années	Syphilis			Tréponème latente			Syphilis Congénitale
	H	F	T	H	F	T	
1976	119	162	281	74	117	191	1
1977	127	91	218	74	46	120	11
1978	121	97	218	83	80	163	
TOTAL	367	350	717	231	243	474	

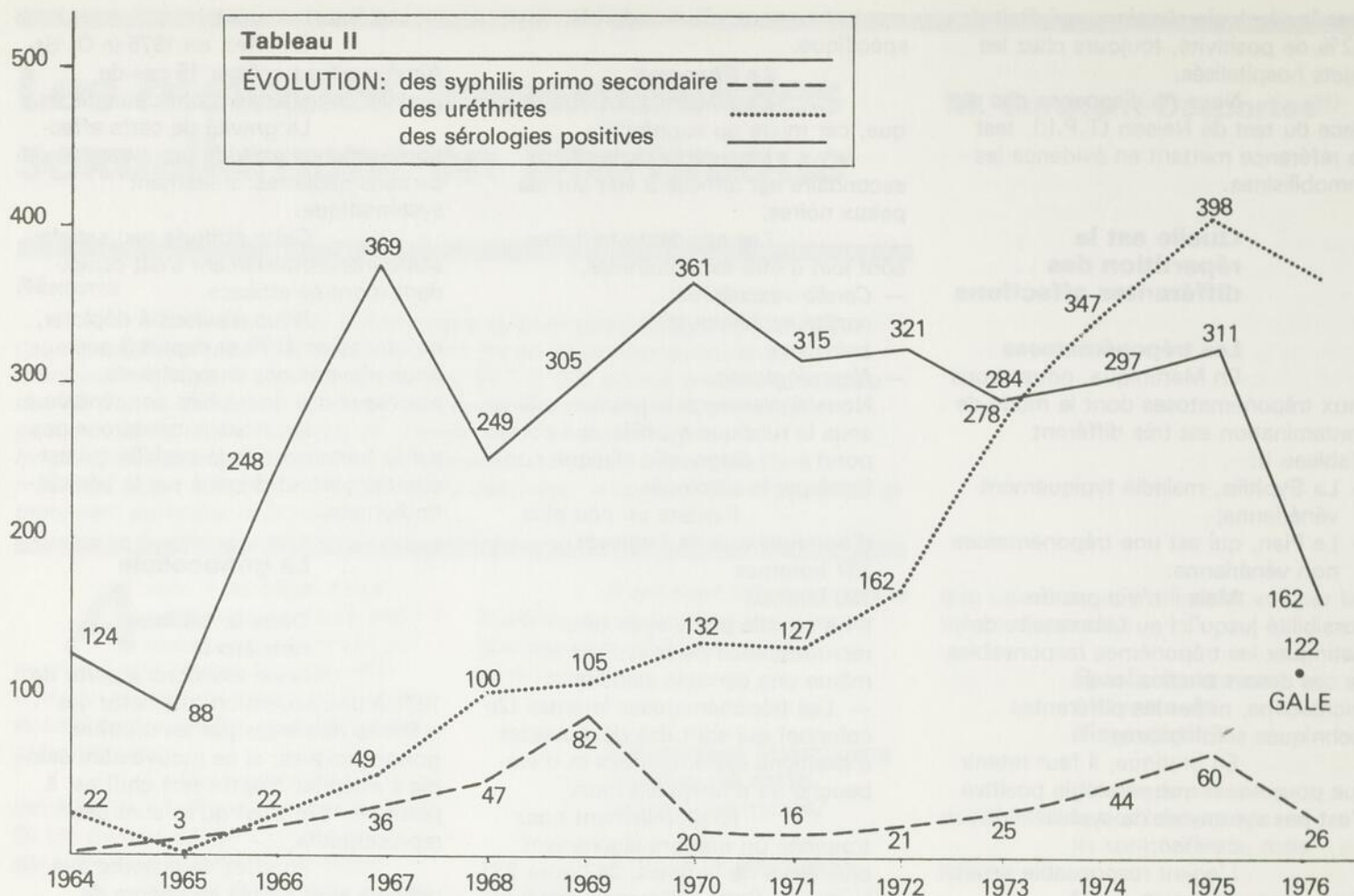


Tableau III

Gonococcie en Martinique

Années	Hommes	Femmes	Total
1976	303	66	369
1977	312	46	358
1978	234	46	280
Total	849	158	1007

l'on a parfois pour des raisons socio-économiques et sanitaires proposé un traitement dit: minute.

Mais, il s'agissait d'une I.M. de Chloramphenicol dans une suspension huileuse ou de sulfamides retard¹¹.

Nous trouvons et surtout dans notre contexte touristique que cette approche thérapeutique est illogique.

Le sujet le plus dangereux pour la société est le moins bien soigné car on prend chez lui le risque de faire apparaître des résistances.

De plus, en cas de double infestation gonococcique et tréponémique, éventualité qui doit toujours être présente à notre esprit, nous donnons une fausse sécurité au patient et nous risquons de laisser évoluer une syphilis dangereuse pour lui et pour la collectivité.

Comme ce sujet doit être suivi et des contrôles sérologiques pratiqués pendant trois mois, pourquoi

ne pas lui donner une thérapeutique efficace pendant dix jours avec, si l'on veut, une dose «de charge» au départ!

Les trichomonases

Tableau numéro IV

Peu de cas diagnostiqués sur trois ans au dispensaire:

- 64 femmes;
- 26 hommes.

Il s'agit surtout d'une pathologie de ville et de gynécologie.

L'on voit surtout au dispensaire les infections mixtes à gonococque et trichomonas.

Le diagnostic est beaucoup plus facile à faire chez la femme que chez l'homme, d'où la grande différence entre les deux groupes. Il est d'ailleurs difficile d'obtenir du partenaire masculin la prise médicamenteuse, la symptomatologie chez lui étant souvent inexistante.

Les urétrites à candida Albicans sont souvent associées à une balano — posthite.

Si la transmission sexuelle est incontestable, la notion de terrain prédisposé l'est aussi et, devant une candidose génitale floride, nous pratiquons en premier lieu une enquête à la recherche d'un diabète si fréquent dans notre île.

Les urétrites à germes banals:

Ici nous identifions le germe qui peut être:

- Escheriachia Coli;
- un proteus;
- un staphylocoque ou streptocoque B hémolytique.

Les uréthrites virales:

Elles existent. Il nous est difficile, en raison de nos faibles moyens d'en faire un diagnostic précis. Cependant, nous observons peu de syndromes uréthro-conjonctivo-synoviaux.

Le chancre mou

Nous avons suivi avec quelque retard notre Métropole.

Cette maladie a réapparu en France et surtout à Paris vers 1970, chez nous, vers 1977, mais de façon sporadique. Cependant, en 1972, nous avons déjà observé une vingtaine de cas.

Son diagnostic est aisé. Le chancre mou, qui est dû au bacille de Ducrey, s'observe surtout chez

Tableau IV

Trichomonase en Martinique

Années	Hommes	Femmes	Total
1976	13	36	49
1977	10	16	26
1978	3	12	15
Total	26	64	90

l'homme. Son incubation est brève: trois à cinq jours.

Le chancre siège au niveau des organes génitaux externes. Il est douloureux, reposant sur une base empatée, mais non indurée. Il s'accompagne d'adénopathies inguinales qui peuvent se ramollir et se fistuliser.

Le traitement repose sur:

- les sulfamides;
- contrimazole ou

association sulfamethoxozotriméthoprim. Il sera poursuivi pendant dix à vingt jours.

La donovanose

Nous insisterons sur cette affection assez spécifique mais rare.

La donovanose ou granulome inguinal, granulome vénérien, ne s'observe que sous les tropiques.

Elle serait due à un bacille gram négatif du groupe: klebsielles. Après une longue incubation variant de deux semaines à six mois, l'on constate dans la région génito-anopubienne une lésion papulonodulaire qui s'ulcérera donnant une lésion granulomateuse irrégulière suintante et saignant facilement au contact.

Il existe des caractères

évocateurs:

- la limitation nette;

- l'absence de douleur;
- l'évolution lente et chronique;
- la notion de contagé dans une zone d'endémie.

Ce diagnostic sera affirmé par la mise en évidence de corps de donovan (coloration de Giemsa).

Le premier diagnostic différentiel quand la lésion siège sur le col de l'utérus est celui de cancer.

Il faut savoir y penser.

Le traitement comporte essentiellement:

- des antibiotiques
- Cures alternées de streptomycine
- de cycline
- de chloramphénicol

La maladie de Nicolas Fabre ou lymphogranulomatose vénérienne

Après une incubation de une à six semaines, apparition d'un chancre.

Ce chancre sera suivi d'un bubon inguinal qui se ramollira et se fistuliserà en «pomme d'arrosoir».

L'évolution en est inter-

minable, ce diagnostic n'a pas été porté chez nous depuis de nombreuses années.

Propositions

Dans un pays comme le nôtre dont l'activité essentielle est touristique, nous devons accepter d'envisager les problèmes sanitaires que cela entraîne.

Aussi nous pourrions adresser dans un même lieu les sujets de passage qui présentent une affection sexuellement transmissible à incubation courte. Les filières pourraient plus facilement être retrouvées par nos assistantes sociales et le diagnostic bactériologique serait plus précis.

Ainsi pour nos voyageurs pourquoi ne pourrait-on pas, outre les conseils prophylactiques donnés, ajouter sous la rubrique:

- le carnet d'adresses;
- l'adresse du dispensaire.

Nous pourrions également remettre une fiche à tout patient en transit traité pour une affection sexuellement transmissible, indiquant le traitement; en lui demandant avec insistance de reprendre contact dès son retour avec son médecin de famille pour la surveillance sérologique et le contrôle de l'efficacité thérapeutique.

Médecine et société à la Martinique

Interactions entre la société et la pratique médicale

Michel Yoyo⁽¹⁾

Résumé

La société martiniquaise, qui est une société de peuplement, comporte plusieurs éléments ethniques et est donc une société construite avec des intrications et une ambivalence culturelles particulièrement sensibles au niveau des croyances, des mythes et de l'imaginaire. C'est, de plus, une société en crise et en mutation, avec un conflit entre les traditions et l'innovation qui explique tout un procès de la modernisation, avec des résistances, des transformations, en un mot des processus de réappropriation.

Plusieurs domaines seront intéressés par ce conflit, qu'il s'agisse de celui de la mort, des phénomènes de possession et les maladies mentales, et surtout au niveau des représentations collectives des maladies aiguës ou chroniques ou de états intermédiaires.

La pratique médicale influe-t-elle sur la société et les représentations à la Martinique, dans quelles conditions et suivant quelles perspectives?

1) Médecin Chef de service au Centre Hospitalier du Lamentin, Martinique, Docteur en Anthropologie. Centre Hospitalier du Lamentin — 97 232 Lamentin.

Il existe plusieurs façons d'aborder le problème médecine et société. L'une d'elles consiste à examiner l'organisation de la médecine

et des soins dans une société donnée et les résultats de cette organisation pour et dans la population concernée. Cet abord se base essentiellement sur des méthodes technico-scientifiques

appréciant l'épidémiologie, la morbidité, les coûts et l'efficacité des moyens mis en oeuvre.

La problématique de mon exposé est de déterminer s'il existe une relation cohérente entre la société martiniquaise et la médecine telle qu'elle s'y pratique.

En d'autres termes: est-ce que la société martiniquaise influe sur la pratique de la Médecine? La Médecine à la Martinique influe-t-elle sur la société et le développement social? Ces deux interrogations permettent d'éclairer la ou les relations entre la société martiniquaise et la pratique médicale.

Cet abord nécessite une brève introduction à la société martiniquaise.

Ensuite, j'examinerai l'influence de la société sur la pratique médicale.

Enfin, j'aborderai l'influence de la pratique médicale sur la société martiniquaise.

La société martiniquaise

S'i l'on essaie de définir brièvement la société martiniquaise actuelle, il s'agit:

- d'une société de peuplement et d'une société construite,
- d'une société en crise et en mutation.

A) Le peuplement de la Martinique

Celui-ci résulte, après l'extermination des Indiens Caraïbes et des Arawacks, de l'introduction à la Martinique de plusieurs ethnies, sous l'influence de facteurs économiques essentiellement; ce sont les nécessités d'avoir de la main-d'oeuvre pour les exploitations agricoles et aussi de circonstances historiques, telles les révoltes d'esclaves.

D'abord les colons européens, puis les esclaves africains, les Indous ou «coolies» et les Indochinois, chacune de ces ethnies important sa culture plus ou moins valorisée ou dévalorisée à cause de son statut. Ce qui est important pour mon propos est de souligner qu'il y a eu importation et mélange de plusieurs traditions culturelles avec leurs croyances, leurs mythes, leurs tabous et leurs interdits, donc un mélange d'imaginaires différents, créant par là même à la fois des problèmes raciaux, des problèmes de dépendance et de contre-dépendance dont le marronage est un exemple, et surtout des problèmes d'identité culturelle.

Les problèmes raciaux sont quasiment inextricables du fait de la multiracialité et surtout du métissage,

qui fait des Martiniquais une «race multicolore»². Les problèmes de dépendance et de contre-dépendance se traduisent au niveau de l'identité culturelle et font que le Martiniquais évolue sans cesse entre l'assimilation à la métropole donc l'identité blanche (ce que F. Fanon a très bien traduit dans son livre «Peau noire et masque blanc»)³ et la différence, illustrée par la négritude, dont Aimé Césaire est le chantre depuis déjà près de 40 ans. Si bien que l'on a tendance, lorsqu'on analyse la culture martiniquaise à faire référence à deux sources culturelles différentes, l'une européenne blanche, modèle d'identification, modèle privilégié parce que dominant, et l'autre africaine, noire, dévalorisée. En réalité cette schématisation scotomose en partie l'apport des Hindous et des Indochinois qui, s'il n'est pas déterminant, se retrouve au niveau de certaines persistances et traits culturels⁴.

Mais il s'agit aussi d'une société construite par l'intrication des cultures dans un espace où la proximité sociale est forte et aussi par la tendance à l'uniformisation de l'univers culturel martiniquais. Cette uniformisation provoquée par l'intense métissage s'oppose à l'ambivalence culturelle entre le modèle d'identification blanc, européen et l'identité noire. La dialectique uniformisation-ambivalence joue sans cesse et explique le recours à l'un ou l'autre modèle en fonction des circonstances existentielles. Nous savons, nous médecins, que la maladie, la mort, et parfois la vie, sont l'occasion de régressions jusqu'aux sources archaïques de l'existence, ce qui explique l'irruption des modèles apparemment contrôlés ou enfouis lors des agressions que représente la maladie.

B) Cette société martiniquaise est aussi une société en crise et en mutation

On a tendance, actuellement, à parler et analyser la crise des économies, occidentale en particulier, en rapportant la plupart des problèmes actuels à la crise du pétrole. En fait, la société martiniquaise est une société en crise chronique et ce, bien avant la crise du pétrole. Il s'agit d'une crise politique, économique et sociale⁵.

— Crise politique provoquée par la querelle autour du statut actuel de département d'outre-mer. Ce statut est remis en question à chaque consultation électorale depuis vingt ans et plus, insécurisant la population martiniquaise quant à l'avenir d'autant que la dépendance économique à la France ne fait que s'accroître.

— Crise économique qui touche les modes de production tradi-

tionnels et surtout l'emploi, masquée par la mise en place de structures administratives nouvelles et des lois sociales de pays développé, lesquelles structures et lois sont plaquées sur un pays sous-développé, essentiellement agricole. D'où une hypertrophie démesurée du secteur tertiaire par rapport aux autres secteurs provoquant une intense migration interne — des zones rurales aux zones urbaines — et externe, vers la métropole à la recherche d'emplois. Cette migration externe est actuellement très affectée par le chômage en France.

— Crise sociale intense, conséquence du chômage important (1/3 ou 1/2 de la population active selon les estimations), de la tertiarisation qui a favorisé le travail féminin et l'exode rural, de l'élévation du niveau de vie par les lois sociales et les progrès de l'éducation.

Toutes ces transformations affectent les relations hommes-femmes, les représentations de la famille et surtout, au plan éthique et psycho-social, le passage d'une société répressive à une société permissive avec l'émergence de nouveaux schèmes culturels.

C'est ainsi, par exemple, qu'il y a un conflit entre moeurs et coutumes traditionnelles et la tendance à la nucléarisation des familles, favorisée par les lois sociales bien qu'une tendance au reflux se fasse jour depuis les allocations aux femmes seules, chef de famille. Il est bon aussi de souligner que la crise qui affecte la Martinique est située dans et par:

- l'exiguïté du champ spatial (1 000 km²),
 - la proximité sociale,
 - et le contexte d'interconnaissance.
- Tous ces éléments caractérisent à l'évidence une société de transition et en mutation:
- Transition institutionnelle par la recherche d'un statut politique de la Martinique qui soit satisfaisant.
 - Transition économique et agricole visant à un équilibre entre productions d'exportation et économie de subsistance.
 - Transition démographique et sociale.

• Démographique par le renversement brutal de la courbe démographique; la baisse importante de la natalité et l'émigration ont provoqué une transformation rapide de la pyramide des âges avec un vieillissement relativement rapide de la population en moins de quinze ans.

• Transition sociale par la transformation des relations hommes-femmes, des statuts de l'homme, de la femme et de l'enfant. Tout se passe comme s'il existe une véritable «anomie sociale» avec crise des modèles et

des valeurs qui explique le retour en force des mythes ancestraux mais aussi le recours désordonné à des modèles différents et nouveaux.

C) **On discute, depuis longtemps, sur la nature même de la société martiniquaise et son évolution.**

Certains anthropologues y recherchent les traditions culturelles⁶. D'autres écoles, celles de Glissant par exemple,⁷ attribuent à l'esclavage et au mode de peuplement de la Martinique la primauté dans l'évolution actuelle et parlent d'une société morbide avec des constantes prédéterminées par la traite: on pourrait avancer ici l'idée d'une «morbidity générale qui résulterait du processus historique de la formation de la collectivité ainsi que des modalités originales de son système économique».

Il est certain qu'un phénomène historique aussi important que l'esclavage ne peut pas ne pas avoir laissé de trace ainsi que l'expriment Glissant et ses collaborateurs.

J'avoue, pour ma part, tout en ne minimisant pas la portée de ce type d'analyses, partager un autre point de vue. Plutôt qu'une société «hors du temps» figée sur le passé, je soutiens que la société martiniquaise se construit, s'élabore, se transforme dans le jeu du conflit entre tradition et innovation, qu'elle est dans un procès de modernisation avec des résistances, des transformations et des processus de réappropriation qui intéressent, non seulement les individus, mais le groupe et le corps social tout entier.

Influence des pratiques sociales sur la médecine

C'est donc à partir du conflit entre tradition et innovation que j'examinerai les différentes pratiques sociales et leurs conséquences sur la médecine.

Dans cette situation de crise, de transition, on est surpris de l'extraordinaire résurgence des mythes et des croyances et du sacré, j'allais dire comme Roger Bastide du «sacré sauvage»⁸ expliquant la multiplication et le développement de nombreuses sectes religieuses ces dernières années et l'accroissement de pratiques rituelles: magie noire et sorcellerie comme l'avaient étudiées E. Revert et Ary Ebroun⁹ et ¹⁰.

C'est qu'en effet, dans une société en crise et en mutation, l'imaginaire est un mode d'expression privilégié expliquant la résurgence des mythes, les phénomènes d'utopie et de possession que François Laplantine¹¹

étudie dans les «trois voix de l'imaginaire».

Tout ce travail de l'imaginaire a été évoqué par Aimé Césaire¹² qui analyse, au plan politique, les mythes qui mettent en branle les masses martiniquaises:

- mythe de la liberté,
- mythe de la citoyenneté française à part entière,
- mythe du pouvoir martiniquais.

Mais la conscience collective d'un peuple s'exprime au niveau du politique, de l'imaginaire et plus généralement du sacré, mais aussi du conflit entre les traditions culturelles et les innovations et les différentes pratiques.

En ce qui nous concerne, plusieurs domaines seront affectés par ce conflit:

- A) Le domaine de la mort
- B) Problème de la possession
- C) La représentation de la maladie

A) **Le domaine de la mort**

Il existe en Martinique un véritable culte des morts avec un respect de la mort qui frappe tout particulièrement et contraste avec l'indifférence face au mort que l'on observe en Europe par exemple. Dans le même temps il existe une passivité aussi, comme une résignation à la mort plus ou moins attendue ou sublimée. Par certains côtés, on retrouve là toute une mythologie africaine avec souvent la croyance en une rematérialisation du mort et sa réincarnation d'où le respect et la protection des morts.

B) **Le problème de la possession revêt plusieurs caractères différents:**

La possession du malade est évoquée soit sous la forme d'un sort ou d'un «esprit», le sort étant envoyé par quelque sortilège à un individu donné, ou encore l'individu étant possédé par un «esprit» qui l'habite momentanément ou de façon durable dictant ses conduites et ses comportements.

Ce sont les domaines de la maladie mentale et de la sexualité qui seront le terrain d'élection des manifestations sous forme:

- De dédoublement de la personnalité, pseudo-schizophrénie, qui est l'expression de conflits d'identité ou d'identification.
- Du caractère hystéroïde de plusieurs manifestations psychopathologiques. Il en est ainsi de la «perte de la parole» ou du «tombé l'état», perte fulgurante de la conscience, transitoire, sans aucune relation avec des atteintes nerveuses ou vasculaires, mais manifestations de conflits conscients ou in-

conscients de l'individu dans ses processus relationnels (individuel, de couple ou social). Combien de médecins n'ont-ils pas été dérangés par ces fausses urgences qui sont à la limite de manifestations psychiatriques.

— De délires hallucinatoires visuels ou auditifs voire corporels où les thèmes délirants sont la possession par un voisin, un ennemi que parfois le malade désigne; ce qui n'est pas sans conséquence sur les relations de voisinage.

— Le délire des migrants est la traduction d'un conflit d'adaptation où les thèmes ressortissent autant des problèmes d'acculturation que des mythes et croyances du migrant confronté à des structures d'accueil peu intégrantes qui favorisent l'idée de persécution.

— si bien que la maladie mentale apparaît à la Martinique comme une façon de vivre en équilibre plus ou moins stable dans une société qui ne l'est pas ou comme un discours authentique dans une société aliénée ou encore comme une lutte contre la marginalisation sociale.

La plupart des alcoolismes que nous observons ici sont ou des alcoolomanies sous-tendues par des problèmes existentiels ou des névroses affectives.

— Dans le domaine de la sexualité, le phénomène de possession s'exprime par l'intermédiaire du Dorlis, individu ayant la possibilité de se rendre immatériel pour pénétrer dans les maisons et avoir des relations sexuelles avec la fille ou la femme qui en ressent les traces. Plusieurs études sont en cours pour étudier le phénomène; citons celles d'Olivier Boitard et H. Elisabeth.

C) **La représentation que se font les Martiniquais de la maladie**

Plusieurs représentations sont possibles:

Ou celle d'un sortilège, d'une donnée irrationnelle et inexplicable se traduisant par le vocable de «blesse» qui désarçonne le médecin, rationnel de formation, qui cherche, vainement le plus souvent, à expliquer de façon logique une atteinte mise sur le compte d'une maladie organique ou l'absence d'atteinte organique. Ce qui se traduit par une crise de crédibilité et un divorce, non apparent mais réel entre la rationalité du médecin et l'incrédulité de la famille qui recourt au sorcier ou quimboiseur.

Ou celle d'une maladie-refuge, la maladie étant une protection contre les problèmes existentiels, véritable réponse aux situations de crise. Il nous faut signaler que cette représentation, déjà latente dans un aspect traditionnel

de la culture, a été singulièrement aggravée par un type d'aide sociale, faisant du Martiniquais un assisté et contre lequel on a bien du mal à lutter. Ici encore on retrouve le conflit entre la logique scientifique et l'irrationnel.

Tous ces conflits et ces représentations qui relèvent de croyances et de mythes vont influencer sur les pratiques médicales. Schématiquement, plusieurs situations sont possibles:

— La situation aiguë entraîne ou le recours immédiat au médecin ou au guérisseur dont on attend une guérison rapide, véritable exorcisme ou alors l'état de l'être malade est tel, que la mort, si elle survient, est une fatalité, parfois une malédiction.

— La situation chronique est celle des maladies chroniques graves telles le diabète, la P.C.E., le lupus, la drépanocytose, etc... Dans la plupart des cas, la chronicité, donc la durée, pose un problème. Il me semble qu'il y a une relation entre cette non-compréhension et la représentation spatio-temporelle du Martiniquais. L'espace est réduit, le temps est uniforme à cause du peu de différence entre les saisons. L'insécurité réduit à l'immédiat et non à une projection dans l'avenir. L'avenir est mythe et non réalité.

Ce qui explique que deux types de représentations entrent en conflit: la représentation rationnelle et la représentation symbolico-magique.

La représentation rationnelle est celle de la médecine moderne. Mais elle est tempérée chez nous par la relation médecin-malade très affective et un type de pratique médicale qui s'apparente plus à une pratique de type magique; ainsi on dit de tel ou tel praticien qu'il «voit», devine, ce qui l'identifie au sorcier. Cette relation et les dons de voyance et de divinité font le lit de la représentation symbolico-magique. Dans ce cas, les interruptions médicamenteuses ont des aléas et des conséquences. C'est le cas des thérapeutiques de substitution. Ailleurs, comme pour la contraception, les résistances pourraient s'analyser en termes de possession, le corps étranger que représente un stérilet ou la pilule s'apparentant à «l'esprit». Donc interruption ou refus qui sont du domaine du symbolique.

Le recours à une médecine parallèle, sorciers ou quimboiseurs, s'explique par la nécessité de conjurer le quimbois ou enlever le sort, causes des maux perçus ou ressentis.

— Les états intermédiaires des maladies graves, leucémies et cancers, font l'objet de la double pratique et il n'est pas rare que tel malade, en soins assidus, veuille sortir de l'hôpital juste tel jour à telle heure, de façon temporaire, pour consulter la médecine parallèle.

— Echappent à ces situations les accidents qui se rattachent au rationnel par leur matérialité ou appartiennent, au contraire, à toute une symbolique, fonction du trajet de vie.

Il est dommage qu'une étude systématique n'ait pu être entreprise pour analyser les motivations profondes de ces différents comportements. Mais le médecin est-il le mieux placé pour ce type d'enquête?

Se pose alors le problème de l'influence de la pratique médicale sur la société antillaise et le développement social

À l'évidence, des efforts importants ont été déployés dans le domaine de la prévention, soit par des efforts individuels, soit par l'intermédiaire d'associations publiques ou privées ou de dispensaires. Plusieurs domaines font l'objet d'attentions particulières: qu'il s'agisse des maladies infectieuses par la vaccination systématique ou la P.M.I. où des résultats encourageants ont été obtenus au niveau statistique par une diminution importante de la mortalité infantile et de diverses épidémies.

Le dépistage systématique et le traitement de la tuberculose en ont diminué la fréquence. La lèpre n'est plus une maladie inexorable et honteuse.

Les maladies vénériennes font l'objet de traitements systématiques encore que l'on se heurte, ici comme ailleurs, à la difficulté de soigner les partenaires.

Des efforts sont entrepris pour le cancer, les maladies cardiovasculaires, la drépanocytose et les autres hémoglobinopathies.

Mais les rôles possibles du médecin, des médecins, se heurtent à des difficultés. S'il existe un secteur de plus en plus important, en relation avec l'élévation du niveau de vie, de personnes qui se font soigner, d'autres par contre, à cause de leurs croyances ont moins volontiers recours aux soins. Car certaines croyances populaires ont la vie dure et seule une éducation sanitaire systématique peut, dans une certaine mesure, sinon les combattre, du moins en limiter la portée et les conséquences. Citons-en quelques-unes pour cerner les écueils¹⁴. Il en est ainsi des «refroidissements», «pleurésies», etc... qui recouvrent des affections aussi variées que la grippe, la pneumonie, la pleurésie sérofibrineuse, la pleurésie purulente ou même la tuberculose, sans compter les viroses et d'autres étiologies.

Les «inflammations» relèvent d'une mythologie particulière et

doivent être traitées par les «rafraîchis» en cas d'inflammation interne ou par des cataplasmes sur le mal.

L'hypertension artérielle, l'asthénie, la goutte sont attribuées dans l'imagerie populaire à un sang trop épais, «encrassé» qu'il faut clarifier par des «dépuratifs» dont il est abondamment fait usage.

Quant aux parasites dits «vers» ils sont responsables de crises qui vont des douleurs abdominales à l'épilepsie et la poliomyélite et sont justiciables de «sel» sur la langue.

Il va sans dire que dans la masse tous ces traitements sont appliqués avant le recours au médecin qui n'a lieu qu'en cas d'échec des «simples» employés.

Il faut donc une double attitude du médecin: d'écoute, de compréhension et d'analyse. L'écoute, la compréhension et l'analyse sont nécessaires pour expliciter le ressenti du malade et éclairer l'anamnèse, déceler ce qui dans le discours du patient ou du malade va favoriser l'établissement des bases du dialogue et permettre au médecin de nouer la relation.

L'attitude critique et d'explication vise en particulier le background du malade et ses croyances, son fond culturel et les possibilités qu'il a de sortir ou non du domaine des mythes pour s'appuyer sur des explications simples mais plus rationnelles et rapporter une symptomatologie irrationnelle à une ou des causes quand elles existent.

Ces deux attitudes visent essentiellement à fonder la crédibilité du médecin par la compréhension du malade et un certain degré de participation au traitement d'une part, et à son exécution réelle. Combien de traitements ne sont pas suivis parce que non compris et rapportés à des finalités toutes autres que celles pour lesquelles ils ont été prescrits?

J'ai parlé de finalité et il s'agit effectivement de se poser question sur les raisons qui poussent le médecin à prescrire une médication qui, hormis les cas de grosse pathologie organique, ne trouve sa justification que dans l'acte de prescrire, l'échange entre l'argent et la prescription. La prescription est aussi relation et communication¹⁵. Relation et communication ne peuvent exister sans un langage commun, un code commun.

D'où l'effort nécessaire pour que malade et médecin participent également à la restauration de la santé, «ce bien-être physique et moral».

Là où la tâche est compliquée, voire inhumaine, c'est qu'il existe une quantité de sociopathies où le médecin se substitue, parfois sans les

armes et le soutien indispensable, à la société. L'une d'elles, particulièrement redoutable à la Martinique, est le chômage chronique qui conduit à des conduites plus ou moins généralisées «d'assistés».

Tout ceci renvoie à deux problèmes charnières: la formation du médecin et l'information.

Le médecin martiniquais, par sa formation même, est acculturé. Pour devenir médecin, en effet, il doit subir la mutation qui le fait passer du ressenti, de l'irrationnel à l'analyse des causes, aux relations de causalité et à un raisonnement scientifique. Tout un pan de l'individu martiniquais lui échappe par là-même et bien souvent le domaine des mythes et des croyances lui est étranger.

Par ailleurs la formation psychologique des médecins est loin d'être assurée de façon convenable et toutes les dimensions psychosociales de la médecine sont scotomisées au cours des études médicales. Ce n'est que depuis quelques années que ces notions sont réintroduites en médecine en France et de façon extrêmement variable suivant le lieu, la faculté et les professeurs.

La deuxième difficulté tient à l'information et à son impact en fonction des milieux socio-culturels et socio-économiques. Un exemple frappant est celui des résistances à la contraception: dans un quartier donné, il suffit d'un incident ou accident pour que la pilule ou le stérilet soit abandonné par toute la population féminine de la région. Ici s'intriquent plusieurs plans: psychologique, social et surtout culturel.

L'information elle-même est subordonnée aux moyens mis en oeuvre et aux médias. Dans un univers où la politique politicienne est reine, où la crise des valeurs ou des modèles sévit, les médecins sont plus enclins à lancer la nouvelle mode, souligner les contradictions des systèmes et des blocs que de promouvoir une éducation sanitaire véritable et seule celle-ci pourrait, par la connaissance, s'opposer aux mythes et aux croyances. Du reste, l'équilibre social perturbé provoque plus la recherche et l'évasion au niveau du mythe, du sacré et de l'imaginaire que la connaissance du réel. On est frappé de l'impact considérable des religions messianiques et des phénomènes de possession dans la société martiniquaise actuelle, impact qu'illustre le développement de l'adventisme du 7ème jour, de l'Évangélisme mais aussi de nombreuses sectes: Maïkali, etc...

De telles pratiques renvoient le médecin martiniquais à une interrogation sur la façon dont il se situe dans sa société. Ou il ignore tout le secteur mythique, favorisé en cela

par sa propre peur de la maladie mentale et ses propres fantasmes, et il n'y a pas lieu de s'étonner de la persistance et du développement de la médecine parallèle qui répond aux croyances mais aussi aux angoisses de la population et est alimentée par elles; ou le médecin est victime de la contradiction et/ou de la dialectique savoir médical-pouvoir médical, s'enfermant alors dans son rôle d'acteur de classe et son appartenance de classe.

Ces deux positions ne vont pas sans un certain nombre de contradictions au niveau de la communication avec ses malades et de ses intentions. Car comment communiquer quand on s'adresse à deux types de compréhensions? Quelles sont les intentions réelles des acteurs du dialogue médecin-malade alors qu'ils sont tous deux acteurs sociaux et participent de la même société?

En réalité le problème posé par la médecine et la société martiniquaise est l'interrogation sur le projet social commun. Le médecin martiniquais, par sa pratique quotidienne, est-il un agent ou un facteur de changement de cette société? Mais le médecin se voit-il comme éducateur d'une manière de vivre?

Bibliographie

1. Médecine et Société: Rapport d'une Commission du Conseil de l'Ordre des Médecins, Dr Doutonne F. Rapporteur, avril 1979.
2. Yoyo, Michel: À propos d'une expérience de formation aux Antilles, formation II et III. Petite bibliothèque Payot, 1972.
3. Fanon, Frantz: Peau noire et masque blanc.
4. Farrugia, Laurent: Les indiens de la Martinique et de la Guadeloupe.
5. Yoyo, Michel: Une expérience de la confrontation de la mentalité traditionnelle et du progrès social. Thèse Doctorat publiée au Centre de Recherches du C.E.D.I.F., Paris, octobre 1978.
6. Centre de Recherches Caraïbes de l'Université de Montréal, Fonds Saint-Jacques, Martinique.
7. Glissant, Edouard: Revue Acoma N° 1 à 5.
8. Bastide, Roger: Le sacré sauvage.
9. Revert, Eugène: Magie antillaise.
10. Ebroin, Ary: Magie noire et sorcellerie aux antilles.
11. Laplantine, François: Les trois voix de l'imaginaire.
12. Césaire, Aimé: La Martinique telle qu'elle est. Discours au Congrès francophone de l'American Association of teachers of French. Hôtel Méridien, Martinique, 25 juin 1979.
13. Plusieurs articles traitent de la psychopathologie antillaise Citons: Agfanassieff: Perspectives psychiatriques; Edouard Glissant et coll: Le Délire verbal à la Martinique, Acoma 1 et 2; H. Franchesne et M. Fraudeau: Manifestations psychopathologiques chez des bretons transplantés. Ethno-

psychiatrie en son propre pays, Persp. Psychiat. 69: 305-399, 1978; R. Lefebvre: Délire et croyance populaire. Persp. Psychiat. 69: 400-411, 1978; M. Glicenstein: À propos de la psychopathologie des Antillais en France. Perspect. Psychiat. 69: 429-436, 1978.

14. Plusieurs études sont en cours: Une étude de A. Petit-Jean-Roget et M. Yoyo: Sur la médecine populaire à la Martinique. (non encore publiée); Christiane Bougerol: Phytothérapie et perception du corps à la Guadeloupe. J. Agric. Trop. Bot. Appl. 23: 221-228, Paris; Christiane Bougerol: Données de Médecine populaire à la Guadeloupe. J. Agric. Trop. Bot. Appl. 25: 3, 1978.
15. Bensaïd Norbert: La consultation.

Les mécanismes cellulaires du vieillissement:

Études génétiques en culture de tissu

Serge B. Melançon¹,

L'enfance est cette période de la vie durant laquelle l'individu vieillit le plus rapidement si l'on considère tous les changements physiologiques, psychologiques et structuraux qui s'opèrent dans son organisme. Serait-ce la raison qui porte certains pédiatres à s'intéresser au vieillissement? Pas uniquement, puisqu'il existe dans la sphère pédiatrique, un certain nombre d'entités cliniques reproduisant à un rythme accéléré les modifications rencontrées normalement à un âge plus avancé et qu'on appelle le vieillissement.

Le journal «St-James Gazette» de 1754 publiait l'avis de décès suivant: «décédé le 19 mars 1754 dans le Glamorganshire, de vieillissement évident et par détérioration progressive mais naturelle, à l'âge de dix-sept ans et deux mois, Hopkins Hopkins le petit gallois récemment en tournée à Londres. Il n'avait jamais pesé plus de dix-sept livres et aux cours des trois dernières années, son poids s'était maintenu en bas de douze livres». Hutchinson décrira un cas semblable en 1886¹. Gilford proposera en 1904² le nom de «Progeria» pour ce syndrome sporadique de vieillissement prématuré dont les caractères morphologiques particuliers restent généralement vivaces à la mémoire des étudiants en médecine. Le syndrome de Hutchinson-Gilford reste cependant une entité rare, puisqu'on n'en connaissait qu'une soixantaine de cas revus par DeBusk en 1972³. Les syndromes de Werner⁴ et de Cockayne⁵ sont deux complexes de sénescence progressive familiale dont la fréquence dépasse généralement celle de la progeria. Contrairement au syndrome de Hutchinson-Gilford ces deux entités ont une composante héréditaire et suivent un mode de transmission autosomique et récessif.

¹ F.C.C.M.G., Professeur agrégé, département de Pédiatrie, Université de Montréal.
Adresse postale:
Section de Génétique Médicale
Hôpital Sainte-Justine
3175, Côte Ste-Catherine
Montréal H3T 1C5

Tableau I. Principaux syndromes pédiatriques de sénescence précoce

	Progeria	Cockayne	Werner
Début	vers 1 an	2-4 ans	adolescence
Fin	adolescence	jeune adulte	vers 50 ans
Hérédité	sporadique	récessive	récessive
Manifestations			
Communes:	alopécie ou grisonnement précoces, retard staturo-pondéral, atrophie dermique, lipoatrophie, cataractes, retard d'apparition ou perte précoce de la dentition, fibrose articulaire, artériosclérose, ostéoporose ou dysplasie osseuse. . .		
Spécifiques:	ongles friables	crâne petit	extrémités fines
	hypoplasie faciale	yeux profonds	fibrose sous-cutanée
	micrognathie	photosensibilité	calcifications vasculaires
	fontanelles ouvertes	hépatomégalie	fibrose musculaire
	hypercholestérolémie	néphropathie	dégénérescence rétinienne
	aminoacidurie	retard mental	atrophie hépatique
	intelligence normale	troubles trophiques	diabète tardif
		neuropathie périphérique	sclérose cérébrale

Les principales anomalies rencontrées dans ces trois syndromes sont pratiquement superposables quoique l'âge au début et le profil de progression des symptômes et signes cliniques permettent clairement de les différencier (tableau I). La ou les causes primitives du vieillissement prématuré dans ces trois conditions restent encore aujourd'hui inconnues, tout comme l'origine même du vieillissement biologique. Il semble cependant accepté que des facteurs génétiques étroitement liés à la croissance jouent un rôle primordial dans le processus de vieillissement normal ou pathologique. Ainsi, toute espèce animale possède une période caractéristique de développement menant à une durée de vie moyenne relativement constante⁶. De plus, chaque tissu manifeste un type précis de croissance potentielle de sorte que certaines cellules réduisent ou perdent totalement leur puissance de division à mesure que l'individu vieillit⁷. Cette tendance devient encore plus marquée et se généralise même aux lignées cellulaires en division continue, lorsque s'installe la sénescence.

Dès 1961, Hayflick et Moorhead démontraient la capacité de prolifération limitée des fibroblastes normaux provenant du poumon foetal humain⁸. Cette limitation du dédoublement à 50 ± 10 passages en culture fut par la suite reliée à l'occurrence d'altérations physiologiques diverses et interprétée comme une expression *in vitro* du processus de vieillissement normal. Comme support à cette hypothèse, rappelons les travaux de Martin et coll.⁹ qui démontraient (a) le caractère restreint de replication des cellules somatiques humaines dont le génome correspond toujours à celui du donneur, (b) la survie différente des cellules cultivées selon leur tissu d'origine, (c) la relation inverse qui existe entre l'âge du donneur et la durée de vie des cellules cultivées et (d) la régulation apparente du nombre de replications selon le génotype actuel du donneur. Cette dernière constatation touche plus spécifiquement la réduction dans la propagation de lignées de fibroblastes cutanés provenant de patients affligés d'un syndrome de Werner et de diabète. Goldstein et coll.¹⁰ avaient précédemment

démontré l'efficacité réduite dans l'attachement (fixation de la cellule sur la plaque de culture) des fibroblastes provenant de diabétiques et la relation inverse entre la durée des cultures et l'âge du donneur. Cette corrélation entre la durée de vie réelle et la capacité proliférative des cellules *in vitro* dépasse les frontières de l'humain et peut même être vérifiée dans d'autres espèces animales. Par exemple, des biopsies cutanées de tortues galapagos, renommées pour leur longévité, poussent plus rapidement et mieux lorsqu'elles proviennent de sujets plus jeunes. Le nombre de dédoublements cellulaires observés est aussi directement proportionnel à l'âge, chez la tortue et dépasse de beaucoup (90-130) le nombre maximum de dédoublements attendus (65) dans le cas de fibroblastes humains dans des conditions comparables de culture.

Il existe deux grandes théories quant à l'origine du vieillissement cellulaire. La première considère la sénescence comme un événement programmé génétiquement, soit consécutif à l'expression de gènes spécifiques du vieillissement, soit par épuisement de l'information génétique utilisable. La seconde théorie favorise un dommage progressif et cumulatif aux organelles intra-cellulaires ou l'occurrence d'erreurs dans les médiateurs protéiques de l'information, comme sources probables du vieillissement. Parmi les éléments de cette dernière théorie, persiste la possibilité de contrôle cytoplasmique du vieillissement cellulaire, par opposition à la possibilité d'un contrôle nucléaire. Wright et Hayflick¹² ont démontré avec beaucoup d'élégance que le nombre de dédoublements cellulaires observés chez des hybrides à cytoplasme âgé fusionnés à des noyaux provenant de cellules jeunes, est comparable à celui d'hybrides dont les noyaux et le cytoplasme proviennent de jeunes cellules. Ces expériences tendent donc à rejeter l'hypothèse d'une accumulation d'erreurs dans les macromolécules cytoplasmiques ou une dégénérescence des organelles cytoplasmiques comme cause du vieillissement cellulaire. Le contrôle de la sénescence cellulaire résiderait donc dans le noyau, fut-il programmé ou non.

L'étude de fonctions spécialisées, telles que la réactivité antigénique¹³, l'activité enzymatique¹⁴ ou isoenzymatique de particules intracellulaires diverses¹⁵ et la recherche de corrélation entre le vieillissement cellulaire et les anomalies chromosomiques¹⁶ n'ont pas permis jusqu'à date de répondre à cette question de façon définitive. L'origine du vieillissement cellulaire en culture doit donc être considéré comme un phénomène d'adaptation de la cellule à un environnement

artificiel, au même titre que l'individu normal placé en situation de survie dans le monde qui l'entoure. Le bagage génétique initial et les facteurs d'environnement qui l'agressent conduiront à une lutte continuelle pour la survie.

Bibliographie

1. Hutchinson, J.: Congenital absence of hair and mammary glands with atrophic condition of the skin and its appendages in a boy whose mother had been almost wholly bald from alopecia areata from the age of six. *Trans. Med. Chir. Soc. Edinburgh.*, 69: 473, 1886.
2. Gilford, H.: Progeria: A form of senilism. *Practitioner*, 73: 188, 1904.
3. DeBusk, F.L.: The Hutchinson-Gilford progeria Syndrome. *J. Pediatr.*, 80: 697, 1972.
4. Fleischmajer, R. et Nedwich, A.: Werner's syndrome. *Amer. J. Med.*, 54: 111, 1973.
5. Cockayne, E.A.: Dwarfism with retinal atrophy and deafness. *Arch. Dis. Child.*, 21: 52, 1946.
6. Handbook of biological data. W.S. Spector, éd., Saunders, Philadelphia, 1959, p. 182.
7. Post, J. et Hoffman, J.: Cell renewal patterns. *New. Engl. J. Med.*, 279: 248, 1968.
8. Hayflick, L. et Moorhead, P.S.: The serial cultivation of human diploid cell strains. *Exp. Cell. Res.*, 25: 585, 1961.
9. Martin, G.M., Sprague, C.A. et Epstein, C.J.: Replicative lifespan of cultivated human cells. Effects of donor's age, tissue, and genotype. *Lab. Invest.* 23: 86, 1970.
10. Goldstein, S., Littlefield, J.W. et Soeldner, J.S.: Diabetes Mellitus and aging: Diminished plating efficiency of cultured human fibroblasts. *Proc. Natl. Acad. Sci. US*, 64: 155, 1969.
11. Goldstein, S.: Aging in vitro. Growth of cultured cells from the Galapagos Tortoise. *Exp. Cell. Res.*, 83: 297, 1974.
12. Wright, W.E. et Hayflick, L.: Nuclear control of cellular aging demonstrated by hybridization of anucleate and whole cultured normal human fibroblasts. *Exp. Cell. Res.*, 96: 113, 1975.
13. Goldstein, S. et Singal, D.P.: Loss of reactivity of HL-A antigens in clonal populations of cultured human fibroblasts during aging in vitro. *Exp. Cell. Res.*, 75: 278, 1972.
14. Melançon, S.B., Potier, M., Dallaire, L., Rollin, P., Fontaine, G. et Grenier, B.: Pyruvate dehydrogenase, lipoamide dehydrogenase and citrate synthase activity in fibroblasts from patients with Friedreich's and Charlevoix-Saguenay Ataxia. *Can. J. Neurol. Sci.*, 6: 241, 1979.
15. Lewis, C.M. et Tarrant, G.M.: Error theory and ageing in human diploid fibroblasts. *Nature*, 239: 316, 1972.
16. Schneider, E.L. et Epstein, C.J.: Replication rate and lifespan of cultured fibroblasts in Down's Syndrome. *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, 141: 1092, 1972.

Vieillir chez les Mandenka

ou les métamorphoses de la vie

S. Camara⁽¹⁾

Tu veux savoir comment on devient ancien?

— Oui

Et pourquoi on respecte la parole des anciens?

— C'est cela

Tu n'ignores pas que l'homme est un voyageur.

Il vient du Village;

Il rebrousse chemin vers le Village,

Le Parc de *Lakira*¹

ce lieu qui n'est jamais rempli,

Le lieu définitif des humains,

Notre Village.

Eh bien!

Dès que l'homme émerge de *Lakira*

Il se met en marche,

Il marche, il marche, il marche longtemps

Dans la brousse.

Il arrive dans un premier pays:

Il y trouve un cadet qui le suit.

Il arrive dans le deuxième pays:

Il y épouse une femme et il marche encore,

Il arrive dans le troisième pays:

Là il engendre des enfants qui le suivent.

Les parents meurent.

Il poursuit son sentier.

Il atteint le quatrième pays:

Ses enfants engendrent des enfants;

Ce sont les ombres de ses parents;

C'est pour cela que tes enfants portent le nom de tes parents.

Il donne la main à ses petits enfants.

L'ombre tombe sur ses yeux.

Il n'entend plus très bien.

Sa tête blanchit.

Comme le champ de fonio:

Le temps de la moisson est proche.

Il commence à voir le parc de *Lakira*

Il commence à entendre les voix du Village

Voilà pourquoi il ne nous entend pas clairement.

Ses enfants,

Et ses petits le suivent.

Ceux-là commencent à peine le voyage

Les sentiers qu'ils suivront demain,

Ils ne le connaissent pas.

Le vieil homme non plus.

Mais lui a beaucoup marché.

Il a eu la connaissance de la brousse.

Il aperçoit au loin le Village.

Voilà pourquoi nous le suivons

Voilà comment on devient ancien

Le vieil homme est déjà dans demain

Il a la vision

Mais il n'a pas la force

L'homme jeune est à peine sorti d'hier

Il n'a pas encore la vision²

1) *Lakira* est le nom donné à l'au-delà.

2) Texte tiré d'un entretien — Djeli Mandjan Danfakha, griot de chasseur, mort en 1973. Nous lui devons tout ce que nous savons des choses de la brousse.

Ces paroles sont celles d'un vieux Mandenka³ du pays de Sirémanna, au Sud-Est du Sénégal. Elles révèlent une représentation originale de l'âge et de la vieillesse, et qui n'est pas sans effet sur ce processus pourtant naturel. Elles soulèvent une question qui nous intéresse ici tout particulièrement: car voilà une société où le vieillard est considéré comme un guide sur le sentier de la vie. Or cette fonction implique des qualités spéciales. L'âge n'est-il pas précisément le phénomène naturel qui provoque le dépérissement de telles aptitudes? Dans ces conditions, n'est-ce pas s'exposer à de graves mésaventures que de suivre un tel guide? On peut aussi renverser la perspective et

se demander si le fait d'accorder un intérêt particulier à l'expérience et au vécu et de prendre le vieillard pour un conseiller, ne le préserve pas des détériorations? Chez les Mandenka, le phénomène du «gâtisme» n'existe pas!⁴

Nous allons montrer au cours de ce développement que l'on n'a pas seulement l'âge de ses artères, mais encore celui que la société nous aménage.

En effet, le milieu social et culturel détermine les conditions de notre vieillissement. Parmi ces conditions, nous envisagerons en premier lieu la représentation qu'on se fait de la vieillesse: c'est là un élément important du problème. Il va sans dire que dans une société où l'âge fait peur, les vieillards sont inévitablement écartés⁵ de la vie et leur esprit, ainsi que leur corps s'étiolent dans l'inaction, le manque de contact et de communication.

Un autre facteur du milieu social est aussi l'orientation de la culture: dans toute société où les valeurs matérielles et l'efficacité im-

médiate l'emportent, la jeunesse est opposée à la vieillesse comme un avenir prometteur à un passé encombrant: devenir vieux entraîne alors un sentiment de dépréciation de soi et d'inutilité qui doit aggraver les conséquences du phénomène naturel du vieillissement.

3) Les Mandenka constituent une importante ethnie d'Afrique tant du point de vue historique (ce sont les fondateurs de l'empire du Mali XIVe-XVIIIe siècles), économique que politique.

4) Il n'existe, dans la langue mandenka classique ou argotique, aucun mot qui soit équivalent de «gâteux». D'autre part, nous le verrons: rien dans la conduite d'un ancien ne peut évoquer ce qualificatif.

5) C'est peut-être parce qu'on les écarte de la vie, de notre vie, que les vieux nous font peur.

1) Université de Bordeaux II.

Mais les représentations ne sont pas tout. L'intégration des anciens par la participation à la production de la vie matérielle, morale et spirituelle, constitue une défense contre les effets péjoratifs de l'âge.

Enfin le caractère individualiste ou communautaire de la vie sociale est un facteur essentiel.

Nous commencerons par là. En effet, la vie des Mandenka est communautaire. La famille constitue une communauté de plusieurs foyers polygames qui prennent en charge, en plus de leurs propres enfants, des neveux et nièces, des beaux-frères et des belles-soeurs. Un enclos domestique peut ainsi abriter parfois plusieurs dizaines d'âmes. Tout ce peuple tire sa subsistance des champs communautaires dont les fruits sont gérés par le Chef de famille. La propriété individuelle⁶ n'existe que pour les membres de la communauté qui sont par ailleurs défavorisés: les femmes et autrefois les captifs attachés à la maison du maître. C'est une sorte de compensation à un statut quelque peu aliéné. Dans ce contexte, les valeurs essentielles se cristallisent autour de l'idée communautaire. L'idéal social ne consiste pas à devenir autonome, à ne dépendre de personne, à n'avoir besoin de personne, mais à pouvoir prendre un jour entièrement en charge ceux de qui nous dépendions depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Il ne s'agit pas de rompre la dépendance familiale, mais d'inverser le sens de la dépendance, car l'interdépendance est pour les Mandenka la condition essentielle de la vie domestique: «celui qui dit: je ne veux dépendre de personne», «celui-là, ne veut se charger de personne!» dit un jour le vieux griot Djeli Maudjan Danfakha, le savant des choses de la brousse. Le Mandenka atteint le summum de son accomplissement au moment où il peut enfin nourrir et entretenir une foule nombreuse d'ascendants et de descendants. Cela est tellement important que l'on peut adopter des parents lorsque l'on n'en a plus, ou lorsqu'on vit à l'étranger.

La solidarité familiale est réalisée grâce à la rotation des générations qui ont charge de subvenir aux besoins des autres. Les petits enfants, après avoir bénéficié du support moral et matériel des «adultes», vont devenir le support de ceux-ci. C'est ici que se fait une certaine concurrence sociale. Chaque génération est jugée et se juge à sa capacité de mener à bien la responsabilité de la subsistance de la *dembaya* ou communauté domestique, et le souci quotidien est: «pourrai-je assumer avec honneur la charge des autres?» Car c'est d'abord cela, réussir dans la vie. C'est le résultat d'une morale communautaire par contraste avec une morale individualiste.

On peut schématiser ce système familial de la manière suivante: comme fondement, on pose la solidarité. Pour la réaliser, on fait en sorte que chacun fasse, pendant longtemps, l'expérience affective et matérielle de l'inter-dépendance dans des relations inter-personnelles concrètes: la communauté domestique des biens et la responsabilité collective des enfants développent un minimum d'esprit communautaire. Le système est parachevé par un processus de réintégration permanente des anciens à la vie sociale et matérielle au fur et à mesure qu'ils abandonnent certaines tâches et responsabilités.

Cette réintégration se fait à plusieurs niveaux. En premier lieu, elle se réalise au plan des activités matérielles. En effet, les anciens ne deviennent jamais des gens inutiles. Lorsqu'ils ne peuvent plus chasser ou cultiver, ils se spécialisent dans des activités qui n'étaient pour eux, auparavant, que des activités secondaires, des activités de saison sèche⁷. Ils pratiquent la vannerie, le cordage, le tressage des filets (pour les hommes), le filage, la teinture à l'indigo et la poterie (pour les femmes). Enfin, les anciens des deux sexes approfondissent leurs connaissances des maladies et des plantes médicinales. C'est ainsi que se constituent les pharmacopées populaires. Ici, le rôle des vieilles femmes est capital. Elles deviennent les matrones versées dans l'art de traiter les maladies des femmes et des enfants. C'est ainsi que sont assurés les soins courants et qu'une grande part de la médecine traditionnelle est réalisée grâce aux anciens.

Toutes ces activités deviennent des quasi-monopoles des vieux qui, de ce fait, sont efficacement intégrés dans la production de la vie de la société et le maintien de sa santé.

Mais le rôle des anciens ne se borne pas à ces tâches matérielles. Il comporte aussi un aspect moral d'importance. Grâce à certaines institutions, les petits enfants et les anciens deviennent ici des compagnons et des confidents; entre eux, tout rapport d'autorité, toute distance sociale sont abolis grâce à l'institution de «la parenté à plaisanteries». Grands-pères et grands-mères sont les parents à plaisanteries de leurs petits-enfants⁸.

Ils entretiennent des rela-

tions de libre parler et échangent des moqueries et plaisanteries avec bonne humeur.

Cette institution, en rapprochant les âges aussi extrêmes, fait que les uns bénéficient de l'expérience des autres et ceux-ci participent à la jeunesse des premiers. Le petit-fils, par exemple, fait l'apprentissage ludique de la sexualité et de la jalousie dans ce contexte. Il considère sa grand-mère comme une «épouse» qu'il tente de «courtiser» à la barbe du grand-père. Dans le même temps, il se moque de l'état physique de son «concurrent». Celui-ci rétorque et se moque des incapacités de son petit-fils, incapacités dues à son immaturité. La liberté des gestes est telle que la grand-mère peut toucher le sexe de son petit-fils publiquement et par jeu: «donne moi de ton tabac pour voir s'il est bon!» dit-elle⁹. Lui peut, à son tour, jouer avec les seins de sa grand-mère¹⁰. C'est aussi dans cette relation dédramatisée que l'information et l'éducation sexuelle se font précocement. Les parents ne peuvent accomplir de telles fonctions du fait de la distance sociale qui les séparent de leurs enfants. Il est courant qu'une mère réponde à une question embarrassante de son enfant par: «vas le demander à ta grand-mère» ou «vas le demander à ton grand-père». Dans ce rôle éducatif, les anciens sont donc irremplaçables.

Cette fonction morale couvre d'autres domaines de la vie et d'autres âges. Rendus disponibles à cause, non point de l'inactivité absolue qui pourrait nuire à la vivacité spirituelle, mais grâce à la pratique de tâches qui favorisent la méditation (cordage, tissage, vannerie), les anciens méditent effectivement sur la vie, l'existence, la mort, l'âme et l'esprit. Grâce à l'expérience et à cette possibilité de méditation, ils acquièrent une sagesse purifiée des engagements sociaux, politiques et passionnels: cela leur permet une compréhension personnelle plus profonde des mystères de l'initia-

9) Alors l'enfant présente son sexe fièrement afin que son épouse ludique le touche pour en apprécier la senteur. Ce type de relations permet aux personnes très âgées de conserver une certaine vie sexuelle. C'est là un bénéfice non négligeable.

10) Je me rappelle à ce propos une scène étonnante de mon enfance. Une de mes grands-mères (la mère de ma mère, de mon père, des frères de mon père, des cousins de ma mère, etc...) sont mes grands-mères) me dit: «c'est moi qui suis la plus extraordinaire de tes épouses car j'ai deux sexes. L'un ne dit rien. C'est celui que tu vois quand je te fais face. L'autre est souriant. C'est celui que tu vois quand je te fais dos et que je me courbe!». C'est seulement plus tard que je sus que c'était le même.

6) *Dundunruma*

7) Le rythme de travail s'inspire ici de celui des saisons. La saison des pluies est celle des gros travaux: défrichage, culture et récoltes. La saison sèche est la saison des menus travaux faits au village et à la maison.

8) Voir S. Camara — Gens de la parole — Paris, Mouton 1976.

tion. Ils deviennent alors des *soma* «savants» et «maîtres» dont on recherche la compagnie.

Aussi, les anciens ne sont jamais seuls. Même les jours de fête où l'exubérance et l'ivresse nous transportent dans un univers si différent, il y a toujours des gens dans la case d'un ancien. C'est là que l'on vient retrouver le sens même de la fête: ce que la jeunesse rend possible et auquel l'âge substitue les choses de l'esprit. La méditation c'est la trace que laissent les anciens sur les sentiers de l'existence et la sagesse ce que l'on y glane. L'esprit est ce qu'ils deviennent. D'un homme extrêmement vieux, on dit: *a nyamata*, il s'est spiritualisé au sens réel de ce mot. Aussi, sont-ils les médiateurs désignés dans les rapports entre les vivants d'une part, les morts; les esprits et les dieux d'autre part. Ce sont les prêtres domestiques: ils procèdent, pour toute la famille, aux offrandes et libations dues aux ancêtres défunts et aux esprits des lieux.

Tout cela, non seulement assure l'intégration des anciens, mais encore les dotent d'une influence considérable sur la communauté. C'est ainsi qu'on en est venu à parler de gérontocratie en Afrique. La réalité est souvent différente de l'opinion courante. On craint ordinairement celui qui exerce le pouvoir; on peut le haïr, mais on ne le vénère pas. Or, les anciens chez les Mandenka sont aimés et vénérés. Car ils ne sont pas ceux qui organisent, régissent et sanctionnent. Ils donnent seulement des conseils (d'autant plus écoutés qu'ils sont des prêtres). Mais le pouvoir, ses privilèges et ses inconvénients affectifs sont dévolus à de moins anciens.

Ces dernières considérations nous amènent à dire quelques mots de l'attitude quotidienne des Mandenka à l'égard des anciens.

Ici le langage constitue un premier témoignage. D'une personne très âgée on dit: *kekotoba* ou *musukatoba* «homme très ancien» ou «femme très ancienne». Lorsque l'âge est extrême, on dit «petite femme ancienne» ou «petit homme ancien»¹¹. Ce diminutif ne comporte rien de péjoratif. Il évoque le rapetissement physique que détermine le vieillissement. Ce phénomène physique est lui-même considéré comme le signe d'une métamorphose non perceptible par les sens: le développement de l'esprit de la personne, son *nyama*, développement qui atteint son terme à la mort. Alors l'on devient pur esprit. Vieillir est ici présenté comme un processus complexe où, au dépérissement de certaines facultés, s'oppose le développement de nouvelles aptitudes. Aussi le terme le plus général dont les adultes font usage pour désigner les personnes les plus âgées est *moobalu* «les

grandes personnes». C'est aussi par ce terme que les enfants désignent les adultes. L'âge est donc conçu comme une métamorphose permanente et une ouverture vers un univers nouveau. Il ne mène pas vers une fin définitive, un arrêt. Seule la mort accidentelle, dans la jeunesse et la force de l'âge, pourrait être considérée comme un arrêt. Mais les anciens ne sont pas plus proches de cette chose que les jeunes. La vie lorsqu'elle suit son processus jugé normal, allant de l'enfance à la vieillesse, est représentée comme le développement progressif d'aptitudes nouvelles aux lieux et places des anciennes.

C'est donc comme nous l'annoncions, une métamorphose continue dont la mort elle-même n'est qu'une étape.

Aussi le phénomène naturel que sont l'âge et le vieillissement est positivement socialisé. Les termes d'adresse comme «Monsieur» ou «Madame» n'existent pas. J'appelle «père», «mère», «grand-père» ou «grand-mère» les gens de la génération de mon père, de ma mère ou de mes grands-parents même lorsque je ne les connais pas. Il n'est pas rare d'entendre d'un orateur s'adressant à son auditoire, des termes qui surprennent les européens «Mes pères et mes mères!». Ces termes ne sont pas seulement socialement commodes dans les contacts avec autrui, ils déterminent une atmosphère d'intimité. Tout ancien est d'une certaine manière proche de moi: il est «mon père» ou «mon aïeul». Sur le sentier de l'existence, il m'a précédé; de ce point de vue, il figure, non point mon passé, mais mon avenir. L'ancien est ce que je deviendrai. Sauvegarder l'avenir, c'est prendre soin des anciens. Les enfants, comme le suggère la citation en tête de cette communication, sont derrière nous sur le sentier de la vie. Devant, nous voyons les anciens. La vie qu'on leur ménage est celle qui nous attend un jour. Nous n'avons peur de la vieillesse que parce qu'on s'est écarté des vieux. Chez les Mandenka, on prépare l'avenir en vénérant les anciens et en les soignant. Ici, on se vante d'être plus vieux que les autres et traiter quelqu'un de «vieux» est un signe de grand respect. Cela est valable autant pour les hommes que pour les femmes. Car, avec l'âge, on accède à la considération, à des privilèges de préséance, à de nouveaux statuts.

Aussi l'âge devient-il un principe d'organisation sociale. Dans les villages mandenka chaque individu est intégré dans un *Boro* ou classe d'âge et tous les gens qui ont le même âge à deux ou trois ans près font partie de la même classe. Les classes sont intégrées dans des groupements qui ont des significations initiatiques et politi-

ques. Les gens les plus jeunes constituent la classe des «moustiques» ou *susula*¹²; viennent ensuite les *Mankaran* ou antilopes. Puis on accède au groupe des *solima*¹³ ceux qui vont être initiés dans l'année. Dans la situation médiane viennent les néophytes et les initiés récents. Au-dessus, les *gulutala* assurent les fonctions exécutives dans la vie politique villageoise. Au-dessus d'eux, trônent les *beratigi*, les maîtres de la Place Villageoise, ceux qui prennent toutes les décisions.

Ils exercent le pouvoir sept ans au maximum, puis ils cèdent la place à la classe cadette des *gulutala*, pour devenir «les anciens du village» ou *sukeba*, se contentant de la fonction de conseillers. En effet, l'âge permet d'opérer une division sociale des tâches. Les hommes mûrs ayant la force, la vivacité, capables de colères et d'indignations sont aptes à l'action et la sanction. Pour agir, il n'en faut pas davantage. Mais cet état n'est pas propice à la méditation et la sagesse. Car le temps manque à qui doit agir. Les chefs ont donc besoin des conseils de ceux qui ne sont plus engagés dans les passions amoureuses et politiques et n'ont pas de position à défendre: les anciens. D'où une complémentarité qui détermine la solidarité des générations. Et le proverbe dit:

«La monture du jeune homme est rapide,
Mais il ne connaît pas le sentier.
Celle de l'ancien est lente,
Mais c'est elle qui a tracé le sentier».

Aussi sur la Place du Village ou *bera* qui symbolise la vie politique, là où se prennent toutes les décisions importantes, il y a deux sièges ou *bento*: un pour les chefs et un pour les vieux.

Cette division sociale des fonctions contribue au prestige et à la vénération des anciens. Ceux-ci se bornent à donner des conseils que les moins vieux sont libres d'écouter ou non, car eux seuls sont responsables aux yeux de tous. Ils n'exercent d'aucune façon l'autorité politique et n'infligent pas de sanction. Ils sont donc mis à l'écart des conflits de générations et d'autorité. Ils sont à l'abri d'une certaine agressivité.

Au plan religieux, ils ne sont pas à proprement parler les

11) *musukotoringo* ou *kemogoringo*

12) Avant l'initiation, on n'est pas encore considéré comme un humain véritable: d'où les noms d'animaux portés par les petits enfants.

13) Jeunes gens qui vont subir la circoncision et l'excision, rites préparatoires à l'initiation.

maîtres de l'initiation, cette fonction revient aux «maîtres de la Place». Tout l'aspect pratique est l'oeuvre de ceux-ci, appelés encore *namotigo* «maîtres de la coutume». Mais ils ne savent pas toujours le sens profond des rites initiatiques. Aussi, les néophytes en mal d'humanité attendent tout des anciens. Car on ne devient un humain véritable que par l'initiation et l'on ne s'ac-complit pleinement que par le «savoir» initiatique. Ainsi, les anciens apparaissent comme ceux qui savent, les *lon-tila*, qui peuvent nous guider sur les sentiers de l'existence et sur le chemin du retour au Village avec sérénité. Car la mort est un état dans lequel ils pénètrent déjà; grâce à la métamorphose du vieillissement ils sont en train de devenir des esprits. Voici ce qu'en disait un vieux griot Mandenka:

«Quant aux personnes très anciennes — Oui Celles-là sont sur le chemin du retour au Village

— Oui Ceux-là ne sont pas tourmentés par des soucis de fortune

— C'est cela
Ceux-là ne sont pas tourmentés par des soucis de femmes

— C'est cela
Ceux-là ne sont pas tourmentés par des soucis de chefferie

— C'est cela
Ils sont toujours couchés dans le hamac

— C'est cela
Ils ne voient plus

— C'est cela
Lorsque tu parles, si tu ne hausses pas la voix

— Oui
Ils ne t'entendent pas

— C'est cela
Ils sont avec la pensée

— C'est cela
Ceux-là sont devenus des esprits

— C'est cela»¹⁴

Et cet état leur permet, croit-on, de comprendre le sens profond des mythes, des rêves et aussi la parole des fous. Si parfois nous ne comprenons pas ce qu'ils disent, c'est que notre esprit est offusqué par le feu des passions et le bruit de nos sens. Ils entendent et voient intérieurement des choses qui nous échappent. Libérés de ces entraves existentielles¹⁵, ils

évoluent sur le chemin de l'esprit, c'est-à-dire de la mort, celui qui mène au Village, car seul le lieu de l'esprit est notre lieu propre et définitif; la vie n'étant qu'une distraction, une excursion tourmentée et bruyante dont il faut jouir pleinement sans doute.

Mais un jour ou l'autre, il faudra reprendre le chemin du retour. Seul l'esprit peut alors nous guider. C'est ici que les anciens figurent l'avenir absolu, celui de la spiritualisation.

Passé le cap de la mort l'être humain devient un esprit qui prend place parmi les dieux. Sur sa tombe une pierre de forme oblongue est posée. Elle y demeurera le temps d'une année; période au cours de laquelle l'esprit du défunt s'attache à la pierre et en fait son siège. Rapportée au village cette «pierre de mort» ou *furekuro* va constituer, avec les précédentes, l'autel familial qui recevra chaque année offrandes et libations. Elle contribuera, au retour, à la subsistance de la famille et à sa reproduction, en assurant la fertilité des champs et la fécondité des femmes. Le culte de ces dieux domestiques que sont les âmes des anciens est assuré par les anciens encore vivants. D'où l'extrême vénération des Mankenka pour les vieux. Ainsi, de bonnes relations avec eux, semblent constituer une assurance pour l'avenir. On comprend alors qu'on adopte un vieux lorsqu'on n'a plus d'ancêtres vivants à vénérer.

De ce fait, les anciens sont très entourés. On profite toujours des moments de loisir pour aller s'entretenir avec eux. On leur apporte les nouvelles de l'extérieur. Ils les commentent et, à cette occasion, livrent des pensées que l'on méditera ensuite. Dès le matin, après la toilette on va leur souhaiter le bonjour. On leur fait part du programme de la journée et on raconte les visions oniriques qu'on a eues la nuit. Ils donnent des conseils pour nos entreprises et nous souhaitent bonne chance, ils expliquent le sens des rêves et indiquent les attitudes à adopter en fonction de ces révélations oniriques. Grâce à ces types de relations, ils demeurent au courant de la vie intérieure de ceux qui les entourent. Ils conservent ainsi une vivacité intellectuelle et accèdent à une intuition très fine de l'âme humaine.

Cette situation de sages et de gardiens des âmes en fait souvent des gens dont émane une sérénité à la fois grave et rassurante. Ce qui n'empêche nullement un humour toujours présent. Leur compagnie est enfin rendue fort agréable et enrichissante par leur réputation de bons diseurs de *tali* — récits d'aventures imaginaires — dont on dit qu'ils constituent le chemin de la connaissance de

soi. S'ils ne sont pas les seuls conteurs, ils sont du moins ceux qui savent conter les *tali* à propos. Ce n'est jamais gratuitement qu'ils content tel ou tel récit mythique. Ils les disent à l'intention de quelqu'un pris dans une situation que le récit évoque et explique. En cela, ils accomplissent une importante fonction de psychothérapeute. De même que l'interprétation qu'ils font des rêves en fait des devins.

Dans ce contexte social et culturel le vieillissement revêt une signification positive dont nous pensons qu'elle transforme les effets naturels de l'âge. Aussi, il nous paraît impossible d'étudier le phénomène de la sénilité sans tenir compte des facteurs de milieu dont nous venons de parler et auxquels les médecins ne s'intéressent pas toujours.

Voilà pourquoi en tout ce qui concerne la vie, la santé devra faire l'objet de confrontations de points de vue entre la biologie et les sciences sociales si l'on veut aller au fond des choses¹⁶.

14) S. Camara — Paroles de Nuit ou L'Univers imaginaire des relations familiales chez les Mandenka. Thèse de Doctorat d'État — Université de Paris V — Sciences Humaines — Sorbonne. Page 774.

15) On comprend à présent pourquoi nous disions que «le gâtisme» est un phénomène inconnu chez les Mandenka. L'inintelligence ou l'incohérence apparente des propos des anciens est imputé à l'incapacité des jeunes et des adultes d'accéder à un univers spirituel qui fonctionne selon les normes différentes de celles qui régissent les réalités sensibles.

16) C'est dans cet esprit que l'Université de Bordeaux II a créé un Département de «Santé et développement» où les médecins, ethnologues, sociologues, géographes, démographes travaillent de concert. C'est aussi dans cet esprit, que le département a tenu à se faire représenter à ce congrès mondial de médecins par un ethnologue.

Les pneumonies, «Approche clinique»

Michel G. Bergeron⁽¹⁾

Résumé

Le diagnostic clinique des infections pulmonaires repose sur la compétence du médecin de première ligne qui saura reconnaître les symptômes et les signes classiques ou mitigés de la pneumonie. De plus, le praticien devra recueillir les données épidémiologiques qui lui permettront d'initier une investigation adéquate. Afin de faciliter la tâche du clinicien, les pneumonies ont été classifiées en cinq catégories:

1. Pneumonies associées à des infections des voies respiratoires supérieures; 2. Pneumonies associées à des microorganismes «classiques»; 3. Pneumonies associées à des conditions débilantes; 4. Pneumonies associées à des infections systémiques; 5. Pneumonies associées au type d'environnement. Grâce à cette approche, le médecin pourra plus facilement assimiler les données épidémiologiques, microbiologiques et radiologiques et les intégrer aux éléments cliniques qui sont essentiels au diagnostic de pneumonie.

En 1980, près de 200,000 Canadiens souffriront d'infections pulmonaires.

Malheureusement, plusieurs de ces patients, en particulier les enfants de moins de 5 ans et les adultes de plus de 55 ans, ne survivront pas à cette maladie considérée comme la plus meurtrière des infections.

Le diagnostic clinique des infections du poumon repose sur la compétence des médecins de première ligne qui, à la salle d'urgence ou au cabinet de consultation, sauront reconnaître les symptômes classiques ou mitigés de la pneumonie. Les signes physiques étant souvent absents, le clinicien devra accueillir les données épidémiologiques qui lui permettront d'initier une investigation adéquate. La tâche du médecin est d'autant plus difficile que les méthodes d'investigation mises à sa disposition sont souvent inadéquates. Par exemple, les tests bactériologiques nous permettent d'établir un diagnostic étiologique précis chez la moitié des malades seulement. La radio pulmonaire demeure le moyen le plus utile pour confirmer la pneumonie mais l'apparence radiologique est parfois trompeuse.

Les classifications pathologiques, radiologiques ou étiologiques des pneumonies sont utiles mais souvent difficiles à inter-

préter. De plus, elles n'ont que peu de connotations cliniques. Mon choix s'est donc porté sur une classification clinique des pneumonies. Grâce à cette approche, le clinicien pourra plus facilement assimiler les données épidémiologiques microbiologiques et radiologiques et les intégrer aux éléments cliniques qui sont essentiels au diagnostic des pneumonies¹ (tableau I).

Pneumonies associées à des infections des voies respiratoires supérieures (Tableau II)

Les pneumonies survenant quelques jours après une infection des

Tableau I

Classification clinique des pneumonies

1. Pneumonies associées à des infections des voies respiratoires supérieures.
2. Pneumonies associées à des microorganismes "classiques".
3. Pneumonies associées à des conditions débilantes.
4. Pneumonies associées à des infections systémiques.
5. Pneumonies associées au type d'environnement.

Tableau II

Pneumonies associées à des infections des voies respiratoires supérieures			
Patients	Pathogènes	Saison	Manifestations cliniques
nourrissons et enfants	parainfluenza ou virus respiratoire syncytial	endémique hiver	diagnostic difficile bronchiolite
Enfants et militaires	adénovirus	sporadique	fièvre, pharyngite, toux, rhinorrhée, nécrose pulmonaire (types 7, 21)
Adultes et enfants	influenza	hiver	céphalée, myalgie, fièvre, toux, pneumonie initiale ou tardive
Jeunes adultes et militaires	mycoplasma pneumoniae	sporadique	céphalée, pharyngite, toux sèche, myringite, agglutinine froide, dissociation entre l'auscultation et la radiologie

¹ F.R.C.P. Infectiologue, Professeur agrégé de Microbiologie, Chef, Section de Maladies Infectieuses, C.H.U. Laval, 2705, boulevard Laurier, Québec, P.Q. G1V 4G2

Tableau III

**Caractéristiques des pneumonies
associées à une infection
des voies respiratoires supérieures**

1. Plusieurs membres d'une même famille sont atteints.
2. Début insidieux (rapide, si influenza).
3. Céphalées et myalgies souvent présentes.
4. Les expectorations peu abondantes contiennent surtout des lymphocytes (sauf pour *Mycoplasma*).
5. Dissociation entre l'auscultation et la radiologie.
6. La leucocytose ne dépasse pas 15,000.
7. Les cultures d'expectorations sont négatives.

voies respiratoires supérieures sont la plupart du temps causées par des virus² ou par le *Mycoplasma pneumoniae*³. Le Tableau III définit les signes distinctifs qui caractérisent ces types de pneumonies.

Le virus para-influenza et le virus respiratoire syncytial affectent surtout les nourrissons et les enfants, alors que les adénovirus, les virus de l'influenza, le virus de la varicelle et celui de la rougeole atteignent les adultes et les enfants. La présence de «rash» facilite le diagnostic de varicelle et de rougeole. L'incidence des pneumonies associées à la varicelle est d'environ 10% chez l'adulte et beaucoup plus rare chez l'enfant. Le diagnostic étiologique précis des infections à para-influenza de type 1 ou 3, ou à virus respiratoire syncytial est difficile. Cependant, la présence d'un syndrome de détresse respiratoire aigu avec bronchiolite qui se complique parfois de bronchopneumonie doit nous faire penser à cette entité. Les adénovirus attaquent plus spécifiquement les jeunes enfants ou les recrues militaires.

La fièvre accompagnée de toux, de rhinorrhée, de maux de gorge violents et de laryngite suggère ce syndrome. La radiologie nous révèle une atteinte interstitielle qui peut devenir alvéolaire avec ou sans signes de consolidation. Les adénovirus de types 1, 2, 3, 7 et 7a semblent plus virulents et sont responsables de pneumonies névrosantes mortelles chez l'enfant, alors que les types 2, 4 et 7 affectent les recrues et provoquent des pneumonies atypiques.

Les pneumonies associées à la grippe sont de deux types: pneumonies à influenza primaire et pneumonies bactériennes. La pneumonie virale survient en général 2 ou 3 jours après la fièvre, les céphalées et les myalgies subites qui caractérisent cette entité. Cette pneumonie interstitielle progresse du hile vers la périphérie et provoque des troubles de diffusion alvéolaire parfois responsables de la mort du patient en quelques

jours. Les surinfections bactériennes surviennent au 5e ou au 6e jour de l'influenza. Le *Staphylococcus aureus* et le *Streptococcus pyogenes* sont en général responsables de ces pneumonies. Contrairement à la pneumonie à influenza, les pneumonies à staphylocoque et à streptocoque répondent assez bien à une antibiothérapie appropriée.

Le *Mycoplasma pneumoniae* est l'agent étiologique le plus souvent associé aux pneumonies survenant chez les adultes et les militaires. Plus de 10% de toutes les pneumonies sont secondaires au *Mycoplasma*. Le spectre de cette maladie est variable. Certains patients sont asymptomatiques alors que 3% à 10% des sujets développent des bronchopneumonies. Quoique survenant de façon sporadique, l'incidence de cette maladie semble plus marquée l'hiver. En général, l'infection des voies respiratoires supérieures avec congestion nasale et pharyngite précède l'atteinte pulmonaire et provoque une céphalée frontale associée à des douleurs périorbitaires marquées à la mobilisation des yeux. La fièvre dépasse rarement 39°C. Une toux sèche non productrice est de règle. Occasionnellement, les expectorations

sont plus grasses et l'on peut déceler des polynucléaires, ce qui la distingue des infections virales. L'examen physique révèle l'absence ou la présence de râles crépitants accompagnés ou non de signes radiologiques plus ou moins extensifs correspondant à un infiltrat interstitiel avec atteinte alvéolaire mineure qui est en général localisée au lobe inférieur. L'effusion pleurale est rare (2%). De 10% à 25% des patients présentent une myringite bulleuse. La leucocytose ne dépasse pas les 15,000 leucocytes/mm³ et la sédimentation est en général élevée. Les agglutinines froides se retrouvent dans plus de 50% des cas.

À l'instar des pneumonies à *Mycoplasma* qui répondent à l'érythromycine ou à la tétracycline, les patients souffrant de pneumonies virales doivent être hospitalisés. En présence d'une pneumonie accompagnant la grippe, l'addition d'isoxazoly pénéicilline est nécessaire.

**Pneumonies
associées à des
microorganismes
«classiques»**

Les agents étiologiques le plus souvent associés à des pneumonies classiques sont: le *Streptococcus pneumoniae*, le *Staphylococcus aureus* et le *Streptococcus pyogenes*. Le tableau IV décrit très bien les différentes manifestations cliniques et les données épidémiologiques des infections pulmonaires classiques. Le pneumocoque est responsable de 90% des pneumonies bactériennes. Un climat froid, l'alcoolisme, l'absence de rate, un déficit immunitaire, l'insuffisance pulmonaire ou cardiaque sont tous des facteurs qui favorisent l'éclosion de pneumonies à pneumocoque. Un unique frisson solennel, accompagné d'un affaissement général soudain, suggère

Tableau IV

Pneumonies classiques		
Pathogènes	Manifestations cliniques	Epidémiologie
S. Pneumoniae	début brusque, frissons, pleurésie, toux, tachypnée, expectorations rouilles, herpes labialis, iléus, pneumonie lombaire inférieure bronchopneumonie	hiver, types I, II, III 60 ans enfants, vieux emphysémateux
S. Aureus	enfants: toux, fièvre, vomissements, empyèmes, pneumatocèles adultes: influenza, toux, hémoptysie, cyanose	enfants: < 3 ans
S. Pyogènes	début brusque, frissons, toux, pleurésie, effusion pleurale, empyème, pharyngitis (50%), aslo, fièvre malgré traitement	janvier à juin post influenza recrues militaires

le diagnostic d'une infection à *Streptococcus pneumoniae*⁴. En l'espace de quelques heures, le patient est dyspnéique et se plaint de douleurs pleurales. Des expectorations «rouillées» ou «jus de prune» apparaissent un peu plus tard et accompagnent la consolidation. À l'examen physique, on note un battement des ailes du nez et une température dépassant 39°C. Dans les premières heures qui suivent l'infection, on observe une diminution de la conduction vocale et du murmure vésiculaire ainsi que des râles crépitants. Au bout de quelques jours, on retrouve des signes classiques de consolidation tels que la majoration des vibrations vocales, le souffle tubaire et la pectoriloquie. Un ileus paralytique ou un léger ictère associe parfois aux autres symptômes. Le rayon-X révèle une opacité homogène qui s'associe fréquemment à un bronchogramme aérique (pneumonie alvéolaire). Les examens de laboratoire nous démontrent des globules blancs variant de 12,000 à 25,000. La présence de leucopénie est en général associée à un mauvais pronostic.

Les pneumonies à *Staphylococcus aureus*⁵ et à *Streptococcus pyogenes* sont souvent associées à l'influenza et surviennent en général au cinquième ou au sixième jour d'une grippe. Les nourrissons et les gens âgés sont souvent victimes de ces pneumonies. Alors que l'incidence des pneumonies à *S. pyogenes* était fréquente avant l'avènement des antibiotiques, cette entité est plus rare aujourd'hui. Ces microorganismes provoquent des pneumonies sévères compliquées d'empyème et d'abcès multiples. Chez le nourrisson, la présence de pyopneumothorax suggère le diagnostic d'infection à *S. aureus*. Les patients sont «toxiques» et présentent des frissons multiples. La pneumonie à pneumocoque répond à de faibles doses de pénicilline alors que les infections à *S. aureus* nécessitent des traitements plus agressifs. Les pénicillines résistantes à la pénicillinase, ou les céphalosporines à de fortes doses, sont en général efficaces.

Pneumonies associées à des conditions débilantes

L'alcoolique est l'exemple type du patient débilé. Une mauvaise hygiène buccale, des pertes de conscience accompagnées ou non de vomissements, une diminution des mouvements ciliaires bronchiques et une migration leucocytaire anormale provoquée par la prise d'alcool sont tous des facteurs qui augmentent la susceptibilité de l'arbre bronchique de

l'alcoolique au pneumoconque et au *Klebsiella pneumoniae*. La pneumonie à *Klebsiella pneumoniae*⁶ peut également survenir chez les diabétiques, les patients intubés et plus rarement chez les sujets normaux. La présentation clinique de la pneumonie à *Klebsiella pneumoniae* est parfois difficile à différencier de la pneumonie à pneumocoque. Le bombement des fissures interlobaires ou la présence d'abcès pulmonaires détectés à la radiographie suggèrent une telle entité. De plus, la capsule épaisse du *K. pneumoniae* confère aux expectorations un aspect gélatineux rouillé caractéristique. Même si les céphalosporines semblent efficaces in vitro, les aminoglycosides tels que la gentamicine ou la tobramycine sont les agents de choix.

La pneumonie d'aspiration se localise en général au segment apical du lobe inférieur ou au segment inférieur du lobe supérieur. Immédiatement après l'aspiration, l'investigateur devra vidanger les bronches, vérifier le pH du contenu bronchique et surveiller le patient sans toutefois entreprendre une antibiothérapie. Si le patient développe une pneumonie bactérienne, la pénicilline demeure l'agent de choix puisqu'elle est efficace contre la flore mixte aérobie et anaérobie de la bouche. Si le patient a reçu des antibiotiques ou s'il s'agit d'un alcoolique, l'utilisation d'antibiotiques à large spectre est recommandée.

L'arbre bronchique des bronchitiques chroniques est colonisé régulièrement par le pneumocoque et l'*Haemophilus influenzae*. Certaines études démontrent que 45% des exacerbations cliniques semblent provoquées par ces microorganismes potentialisés ou non par des virus ou des mycoplasmas. Le traitement à la tétracycline ou à l'ampicilline semble diminuer la symptomatologie. Cependant, la survie du patient et l'évolution de la maladie ne sont pas influencées par cette antibiothérapie qui pourra être utilisée de façon intermittente lors des exacerbations de bronchites ou de façon continue durant l'hiver.

Les patients recevant une chimiothérapie ou des stéroïdes sont susceptibles aux pneumonies à Candida, à Aspergillus, à *Pneumocystis carinii*, à cytomégalovirus ou à bactéries à Gram négatif. Ces patients immunodéprimés peuvent présenter des signes physiques et radiologiques retardés qui n'apparaissent que deux à trois jours après le début des symptômes. Une investigation microbiologique doit être suivie d'une antibiothérapie à large spectre incluant une combinaison pénicilline-aminoglycoside ou céphalosporine-aminoglycoside. Si le patient se détériore sous traitement,

il faudra pousser l'investigation et faire une biopsie pulmonaire ou entreprendre un traitement avec la combinaison triméthoprim-sulfaméthoxazole, si l'on soupçonne un *Pneumocystis carinii*.

Pneumonies associées à des infections systémiques

Ces pneumonies sont beaucoup plus rares que celles décrites jusqu'à maintenant. Deux entités retiennent notre attention: Les embolies pulmonaires septiques provenant du cœur droit ou de la région pelvienne et les pneumonies bizarres associées à des infections d'organes ou à des abcès abdominaux qui fistulisent à la plèvre. L'endocardite droite est sournoise et se manifeste souvent par la présence de pneumonies bilatérales atteignant plusieurs lobes. L'absence de souffles cardiaques est de règle mais les hémocultures sont presque toujours positives.

Les pneumonies survenant à la suite d'avortements criminels ou de chirurgie pelvienne sont également provoquées par des embolies septiques. Le *Bactéroides* seul ou accompagné de bacilles à Gram négatif est responsable de la formation d'abcès. L'administration d'une combinaison clindamycine-gentamicine, de chloramphénicol ou de céfoxitine peut contrôler ces infections alors que l'endocardite droite, qui est en général provoquée par le *S. aureus*, répond aux pénicillines semi-synthétiques résistantes à la pénicillinase.

Pneumonies associées au type d'environnement

L'histoire épidémiologique est toujours très importante en maladies infectieuses et le médecin se doit de bien questionner le malade sur son travail, ses habitudes de vie et ses voyages récents. La propriétaire de «pet chop», ou le particulier qui est exposé à des oiseaux tels que les pigeons ou les perroquets infectés peut développer une pneumonie secondaire à un *Chlamydia psittaci*, alors que le fermier propriétaire de moutons ou de chèvres malades se présente parfois avec une fièvre Q causée par le *Coxiella burnetii*. À l'automne, l'on se doit de soupçonner la tularémie comme cause de pneumonie «atypique» chez les chasseurs de petit gibier. L'histoire de voyages à l'étranger mérite d'être considérée puisque plusieurs parasites, y compris le *Toxocara canis*, le *Schistosoma*, l'ascaris et les filaires, peuvent induire des pneumonies. On

peut considérer un diagnostic de coccidiomycose ou d'histoplasmosis si le patient revient d'un voyage récent en Californie ou au mid-ouest américain. L'histoire de contacts récents avec des sujets tuberculeux peut nous orienter vers un diagnostic de tuberculose.

Méthodes d'investigation des pneumonies

Tel que noté au Tableau V, l'analyse des expectorations, les hémocultures, la radiologie et les méthodes directes de prélèvement sont des compléments essentiels à l'histoire clinique et épidémiologique. L'efficacité relative des cultures et du gram est de l'ordre de 50% alors que 15% à 50% des patients ont des hémocultures positives. La radiologie est extrêmement utile puisqu'elle nous permet de nous orienter et de distinguer entre une pneumonie alvéolaire, une bronchopneumonie ou une pneumonie interstitielle. Cette dernière présentation est en général causée par des virus alors que l'atteinte alvéolaire et lobulaire suggère une pneumonie bactérienne. De plus, certains pathogènes sont associés à des signes radiologiques distinctifs qui méritent d'être mentionnés. Les «pneumato-cèles» signent le diagnostic de pneumonie à staphylocoque chez l'enfant. Un bombement des fissures in-

terlobaires suggère la présence de pneumonie à *K. pneumoniae*. La localisation des lésions est également importante. Un abcès localisé au segment apical du lobe supérieur doit suggérer un diagnostic de tuberculose pulmonaire. Une pneumonie au segment apical du lobe inférieur suggère l'aspiration. Le *Pseudomonas* entraîne de multiples petits abcès alors que la présence d'abcès de grosseurs variées implique le *S. aureus*, le *K. pneumoniae* ou le *B. fragilis*.

L'aspiration transtrachéale est utile chez les enfants et les vieillards qui ont de la difficulté à expectorer et qui présentent des pneumonies qui progressent malgré le traitement. La bronchoscopie est utile mais a l'inconvénient d'entraîner des sécrétions buccales qui contaminent l'arbre bronchique. Le brossage bronchique a été utilisé avec succès pour déloger le *Pneumocystis carinii*. Cependant, la biopsie pulmonaire s'avère le moyen le plus efficace. Elle s'avère également le seul moyen pour déceler la *Legionella pneumophila* responsable de la maladie du Légionnaire⁷. La sérologie demeure également un outil utile et permet de diagnostiquer les infections virales, les pneumonies à *Mycoplasma*, les pneumonies à *Chlamydia* ou à *Rickettsia* et la maladie du Légionnaire.

Traitement des pneumonies

Le Tableau VI résume le traitement des différents types de pneumonies déjà discuté antérieurement. Certains points méritent quand même un éclaircissement. Si le clinicien a de la difficulté à distinguer l'infection à *Mycoplasma pneumoniae* de l'infection à pneumocoque non classique, il pourra alors utiliser l'érythromycine qui a le double avantage d'éliminer le pneumocoque et le *Mycoplasma pneumoniae*. Si le médecin hésite entre l'infection à *Mycoplasma pneumoniae*, l'infection à *Coxiella Burnetii* ou l'infection à *Chlamydia psittaci*, la tétracycline est indiquée. En présence de pneumonie à *Klebsiella pneumoniae*, il est recommandé d'utiliser un aminoglycoside. En effet, même si les céphalosporines semblent efficaces contre les klebsielles in vitro, elles sont parfois inefficaces in vivo. Avant d'instaurer une thérapeutique pour neutraliser les infections pulmonaires secondaires aux embolies septiques, il faudra bien s'assurer qu'il ne s'agit pas d'embolie pulmonaire stérile, syndrome clinique que l'on considère comme «le grand imitateur».

Tableau V

Méthodes d'investigation des pneumonies

1. Expectorations:	a) apparence:	Jus de prune: Pneumocoque Rouillée, sanguinolante, gélatineuse: <i>Klebsiella pneumoniae</i> Verte: <i>H. influenzae</i> Rouges: <i>Serratia</i>
	b) gram:	Présence de polynucléaires Flore uniforme groupée (Efficacité relative de 50%)
	c) culture:	Si flore mixte (peu utile) Flore uniforme très utile (Efficacité relative de 50%)
2. Hémocultures:	De 15% à 50% positives Variables selon le microorganisme et le temps de prélèvement.	
3. Radiologie:	a) atteinte alvéolaire:	Opacité homogène Bronchogramme aérique Exemple: Pneumonie à Pneumocoque ou à <i>K. pneumoniae</i>
	b) atteinte lobulaire:	Distribution segmentaire: (Bronchopneumonie) Nodules irréguliers Exemple: Pneumonie à <i>S. aureus</i>
	c) atteinte interstitielle:	Aspect réticulaire Exemple: Pneumonie à <i>Mycoplasma</i> ou à Adenovirus
4. Autres méthodes d'investigation:	Aspiration transtrachéale Bronchoscopie et brossage bronchique Biopsie pulmonaire	

Tableau VI

Traitement des pneumonies

Pneumonies	Exemples	Traitements
Associées à des infections des voies respiratoires supérieures	pneumonies à <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	érythromycine ou tétracycline
Associées à des microorganismes classiques	pneumonies à pneumocoque " à staphylocoque " à streptocoque	pénicilline "G" ou érythromycine cloxacilline ou céphalosporine pénicilline "G" ou érythromycine
Associées à des conditions débilantes	pneumonies à <i>Klebsiella pneumoniae</i> " " <i>H. influenzae</i> " " <i>Pseudomonas</i> " " <i>E. coli</i> " " <i>Pneumocystis carinii</i> " mixtes (anaérobies-aérobies)	gentamicine ou tobramycine ampicilline ou chloramphénicol gentamicine ou tobramycine avec carbénicilline céphalosporine triméthoprim-sulfaméthoxazole pénicilline "G" ou clindamycine
Associées à des infections systémiques	pneumonies mixtes de source pelvienne	clindamycine et gentamicine ou chloramphénicol
Associées au type d'environnement	pneumonies à <i>Chlamydia psittaci</i> (ornithose) pneumonies à <i>Coxiella burnetii</i> (fièvre Q.) maladie du légionnaire	tétracycline tétracycline érythromycine
Nouvelles	pneumonies à <i>Chlamydia trachomatis</i>	érythromycine

Nouvelles pneumonies

Depuis quelques années, deux nouvelles entités cliniques ont attiré l'attention des investigateurs. Il s'agit des pneumonies à *Chlamydia trachomatis* et des pneumonies à *Legionella pneumophila*. La première entité affecte les nouveau-nés alors que la maladie du légionnaire attaque surtout les gens âgés. Cette maladie du légionnaire, qui survient plus particulièrement au mois d'août, se caractérise par une température au-dessus de 39°C, des frissons récurrents, de la diarrhée, des myalgies, une hématurie microscopique, une toux sèche, l'absence de bactéries au Gram et à la culture des aspirations transtrachéales, la bronchopneumonie progressive multilobaire et une réponse parfois dramatique à l'érythromycine⁷.

Conclusion

Malgré le développement d'agents antimicrobiens des plus

variés, les pneumonies sont trop souvent mortelles. Les malades souffrant d'insuffisance cardio-pulmonaire, hépatique ou rénale, les patients splénectomisés ou atteints d'anémie falciforme, les diabétiques et les personnes âgées représentent une population cible que l'on devra protéger grâce à une vaccination antipneumococcique. Ce vaccin, qui contient des polysaccharides capsulaires provenant de 14 sérotypes différents de pneumocoque, est efficace à 80%. Espérons que cette nouvelle arme, qui s'ajoute à l'arsenal thérapeutique déjà existant, nous permettra de «prendre un peu d'avance» sur le pneumocoque qui nous menace. En effet, l'on a déjà identifié des *Streptococcus pneumoniae* résistants à la pénicilline qui pourraient bien nous forcer à plus ou moins brève échéance à modifier notre approche thérapeutique.

Bibliographie

1. Fraser, R.G. et Pare, J.A.P.: Infectious Diseases of the lungs. In Diagnosis of

Diseases of the Chest. 2^e édition, W.B. Saunders, 1978.

2. Reimann, H.A.: The Viral Pneumonia and pneumonia of probable viral origin. *Medicine*, 26: 167-221, 1947.
3. George, R.B., Weill, H., Rasch, J.R. et coll: Roentgenographic appearance of viral and *Mycoplasma pneumoniae*. *Amer. Rev. Resp. Dis.*, 96: 1144-1150, 1967.
4. Austrian, R., Gold, J.: Pneumococcal bacteremia with special reference to bacteremic pneumococcal pneumonia. *Ann. Int. Med.*, 60: 759-776, 1964.
5. Fisher, A.M., Trever, R.W., Austin, J.A., Schultze, G. et Mitler, D.F.: Staphylococcal pneumonia. A review of 21 cases in adults. *New Engl. J. Med.*, 258: 919-928, 1958.
6. Knight, L., Fraser, R.G. et Robson, H.G.: Massive pulmonary gangrene, a severe complication of *Klebsiella pneumoniae*. *Can. Med. Ass. J.*, 112: 196-198, 1975.
7. Swartz, M.N.: Clinical aspects of Legionnaire's Disease. *Ann. Intern. Med.*, 90: 492-495, 1979.
8. Schachter, J., Holt, J., Goodner, E., Grossman, M., Sweet, R. et Mills, J.: Prospective study of chlamydial infection in neonates. *Lancet*, II: 377-380, 1979.

Le traitement des diarrhées infectieuses de l'enfant en Guadeloupe

C. Berchel et H. Loret⁽¹⁾

Résumé

Les problèmes de traitement d'urgence et de traitement selon l'étiologie des diarrhées aiguës de l'enfant sont schématiquement abordés, en fonction du contexte local.

Il convient de prendre en considération d'une part les conséquences de la malnutrition, lorsqu'elle existe, d'autre part certaines difficultés de laboratoire; enfin le problème du coût du traitement.

La place de l'antibiothérapie et des traitements adjuvants symptomatiques est discutée.

Maladie universelle du jeune enfant, les diarrhées aiguës constituent sans doute l'urgence la plus fréquente en pédiatrie. Elles continuent de poser des problèmes de plusieurs ordres, mais leur pronostic en Guadeloupe comme ailleurs s'est notablement amélioré ces dernières années.

La part de l'étiologie microbienne a été diversement appréciée; après avoir été considérée comme la règle, on s'accorde actuellement à lui reconnaître une place relativement limitée, notamment en ce qui concerne la responsabilité des entérobactéries et plus encore du staphylocoque.

En réalité la plupart des diarrhées aiguës du jeune enfant pose des problèmes identiques du point de vue thérapeutique, qu'elles soient d'origine microbienne ou non.

Quelques cas particuliers méritent cependant d'être envisagés. Le chapitre des diarrhées subaiguës du petit nourrisson fera l'objet d'une mention particulière, car cette évolution constitue un risque non négligeable.

Qu'est-ce qui fait la gravité particulière des diarrhées chez nous? Pas tellement l'étiologie microbienne, mais deux faits qui méritent d'être soulignés:

1. — La diarrhée est grave lorsqu'elle survient sur un terrain de malnutrition.
2. — La diarrhée est d'autant plus grave qu'il existe un retard thérapeutique.

La malnutrition renforce l'urgence car elle rend sévère, mal tolérée une déshydratation de 5% qui est tout juste un motif d'hospitalisation

pour un enfant eutrophique. Quatre raisons peuvent être invoquées:

1. — L'hypoprotidémie conduisant très vite à l'hypovolémie en cas de diarrhée à cause de la baisse de la pression oncotique. Le secteur extracellulaire ne retient donc pas facilement l'eau, d'où facilité du collapsus vasculaire.

2. — Le déficit protidique entraîne une moindre efficacité de la médulla rénale dont l'efficacité tient notamment à sa richesse en urée. Or l'urée est un produit du catabolisme protidique, il y a donc un véritable lavage médullaire en cas de déficit protidique, d'où perte relative du pouvoir de concentration des urines par le rein. Ce qui entraîne un maintien paradoxal de la diurèse en période de diarrhée, aggravant l'hypovolémie.

3. — Cette diminution du pouvoir de concentration du rein est aggravée par la tubulopathie due au déficit potassique qu'il soit latent ou patent.

4. — Enfin, ce déficit potassique est à la fois cause et conséquence d'un dysfonctionnement colique perturbant la réabsorption de l'eau au niveau du colon. Naturellement, d'autres mécanismes ne sont pas exclus et ils s'associent entre eux.

Le retard thérapeutique est encore malheureusement considérable, car la notion même de la diarrhée infectieuse est méconnue par une large fraction de la population. Certains pensent même que c'est physiologique dans certaines circonstances, poussée dentaire par exemple.

Quelle place accorder à l'antibiothérapie dans le traitement?

Elle dépend de l'étiologie. Un certain nombre de données épidémiologiques issues d'enquêtes sous différentes latitudes^{1,2} nous ont convaincus que la majorité des diarrhées, même en pays tropical, sont probablement dues à des

virus, rotavirus ou antérovirus dont certains ne sont pas cultivables par les techniques classiques mais largement répandus. Le chiffre de 20 à 30% de diarrhées bactériennes nous semble correspondre à notre moyenne avec de larges variations dépendant du lieu géographique et de la saison. La coproculture reste cependant un examen nécessaire et même obligatoire. Nous avons coutume de suspecter d'emblée la responsabilité microbienne lorsque l'un ou plusieurs des signes cliniques suivants sont présents:

Fièvre élevée, selles glaireuses ou contenant des filets de sang même en très petite quantité, endolorissement abdominal, absence de tout signe d'infection respiratoire.

Le nombre et la nature des germes isolés restent naturellement très variables selon le laboratoire. Nous pouvons cependant faire état des résultats recueillis par l'un d'entre nous (H.L.) en pratique de ville, sur une période globale de trois ans environ, les examens bactériologiques ayant été effectués à l'Institut Pasteur de Pointe-à-Pitre.

Sur 81 résultats positifs de coproculture, les germes isolés ont été les suivants:

- 47 fois, il s'agissait d'un colibacille «entéropathogène» sérotypage.
- Le typage était le suivant:
- | | |
|------------------|--------|
| — 0 111 B 4..... | 12 cas |
| — 0 55 B 5..... | 11 cas |
| — 0 128 B12..... | 5 cas |
| — 0 86 B 7..... | |
| — 0 125 B15..... | 4 cas |
| | chacun |
| — 0 26 B 6..... | |
| — 0 119 B14..... | |
| — 0 127 B 8..... | 3 cas |
| | chacun |
| — 0 126 B16..... | 2 cas |

¹ Service de Pédiatrie B, Centre Hospitalier de Pointe-à-Pitre/Abymes, 97159 Guadeloupe

- 20 fois, il s'est agi d'une shigelle dont 11 étaient du type Flexneri, 6 Sonnei, 3 non typés.
- 8 fois, le germe isolé était une salmonelle, dont 2 typhi.
- 6 fois, il s'est agi d'entérobactéries diverses.

La fréquence saisonnière des épidémies selon le germe a paru variable:

- Les colibacilles ont paru plus fréquents en janvier-février et d'avril à juillet.
- Les shigelles ont paru plus fréquentes en juillet-août-septembre.

Quel antibiotique employer?

Nous avons encore la chance de rencontrer des germes extrêmement sensibles aux antibiotiques et aux sulfamides. D'autre part, les caractéristiques des ressources de notre population nous invitent à être très attentifs au coût des traitements. Ainsi, le produit le plus utilisé dans notre pratique quotidienne reste-t-il la *Sulfaguanidine*. Lorsqu'il s'agit d'un tout petit nourrisson, ou lorsqu'il est isolé une salmonelle autre typhi ou une shigelle, nous utilisons habituellement la *Colistine*. Enfin, lorsqu'il s'agit d'une authentique fièvre typhoïde, notre choix habituel se porte vers l'*Amoxicilline*.

Sur le plan épidémiologique, deux considérations supplémentaires méritent selon nous d'être soulignées:

- La première est que l'on sous-estime habituellement le danger de contamination par l'eau, non pas celle qui sert à confectionner les biberons, car beaucoup de familles, même modestes, utilisent pour ce faire de l'eau minérale, mais l'eau de vaisselle, souvent souillée de manière inapparente par des mains sales. Ceci débouche sur un problème considérable de prévention.

- L'autre donnée est qu'il faut savoir penser à la possibilité d'une amibiase devant une diarrhée apparemment banale, non cholériforme chez un nourrisson de moins d'un an aux Antilles. Nous en avons observé en effet trois cas dont deux mortels, en l'espace d'un an, ce qui nous laisse penser que la fréquence réelle de l'amibiase chez le jeune enfant est peut-être, elle aussi, sous-estimée.

En ce qui concerne le traitement symptomatique, nous avons été frappés par la relative rareté des déshydratations hypernatrémiques, malgré l'utilisation encore très courante des laits secs, demi écrémés. Cela tient peut-être à l'utilisation par la famille de décoctions végétales, correspondant en fait à un apport de solutions hypotoniques.

En dehors de l'antibiothé-

rapie, dont la durée habituelle ne dépasse pas, sauf cas particulier, 8 à 10 jours, quelle est la place des traitements adjuvants? Elle nous paraît très importante. Bien sûr, sur le plan diététique, la suppression temporaire du lait. Nous restons traditionnellement attachés, comme l'école française, à son remplacement par de la soupe de carottes.

Deux produits quotidiennement utilisés nous ont paru par ailleurs intéressants. Le premier est le *loperamide* (Imodium) intéressant par son absence de toxicité aux doses usuelles, quel que soit l'âge.

Le deuxième est la *cholestyramine* (Questran), la part colitique des diarrhées aiguës ne doit en effet pas être oubliée (glaire, pus); le mode d'action supposé par de la Cholestyramine (chélation des acides biliaires irritants pour la muqueuse colique, eux-mêmes provenant de la déconjugaison des sels biliaires dans le haut grêle sous l'influence d'une pullulation microbienne anormale)³ explique qu'elle nous paraît d'indication fréquente dès que la diarrhée paraît cholériforme, ou qu'elle ne cède pas à un régime bien conduit.

La survenance d'une diarrhée subaiguë représente en effet une éventualité toujours désagréable; elle prolonge l'hospitalisation ou y conduit si elle avait pu être évitée initialement, elle risque de déboucher, de façon souvent imprévisible, sur le redoutable syndrome de diarrhée grave rebelle du nourrisson, avec son cortège de dénutrition, de surinfection, de poussées aiguës, de désordres électrolytiques, justifiant la prise en charge du malade par une équipe très spécialisée.

L'antibiothérapie permet-elle d'éviter cette évolution?

Il ne le semble pas. Au contraire, le rôle du praticien paraît être plutôt de renoncer à l'escalade trompeusement facile des antibiotiques, dont le seul résultat serait de sélectionner une flore de plus en plus résistante, où les souches pathogènes tiennent le haut du pavé; de s'abstenir d'utiliser inconsidérément des antibiotiques dirigés contre la flore anaérobie, de chercher soigneusement à mettre en évidence avant toute antibiothérapie par voie générale, un foyer infectieux localisé et d'utiliser un traitement aussi spécifique que possible.

En réalité, les considérations diététiques priment. On connaît en effet, la fréquence de l'intolérance acquise, transitoire aux dissacharides, notamment au lactose, après diarrhée aiguë⁴. Le substratum anatomique de cette intolérance a été précisé: Barnes et Townley ont en effet mis en évidence par des biopsies duodénales en période aiguë la fréquence d'altéra-

tions histologiques de la muqueuse intestinale (5 biopsies normales seulement sur 31)⁵ s'échelonnant d'altérations de la bordure en brosse jusqu'à des aspects d'atrophie villositaire totale, d'ailleurs sans corrélation avec le degré de sévérité clinique initial de la diarrhée. Ces altérations sont régressives de quelques jours à quelques semaines.

Dans ces conditions, plutôt que de multiplier les antibiotiques, il convient de veiller à la réalisation d'une exclusion temporaire mais complète du lactose, et si nécessaire d'autres sucres.

La date de réintroduction de ces nutriments peut varier de 10 jours à plusieurs semaines. Nous avons l'habitude de nous aider pour prendre cette décision d'un test de charge en lactose selon un protocole très simplifié, réalisable à la maison si la famille est évoluée et coopérante:

- Tôt le matin, l'enfant reçoit une dose de charge de lactose correspondant à 0,50g/kg de poids corporel, + un sachet de carmin destiné à permettre une évaluation facile de la durée du transit intestinal.

- On surveille ensuite l'heure d'apparition et l'aspect de la première selle teintée de rouge par le carmin. Lorsqu'elle est précoce (2 à 3 h) glaireuse ou liquide, le régime d'exclusion du lactose est maintenu au moins dix jours supplémentaires (lait AL 110). Par contre, lorsque le transit ne paraît pas affecté par cette dose de charge, nous reprenons l'alimentation par un lait lactosé sur 3 ou 4 jours, en règle, sans incident.

Au total

L'antibiothérapie doit être utilisée à bon escient dans les diarrhées aiguës du jeune enfant. Elle garde tout son intérêt pour éviter la survenue d'épidémies dans les collectivités.

Elle ne dispense pas de précautions rigoureuses d'hygiène, évitant les contaminations secondaires. C'est ainsi que nous avons supprimé la mortalité induite par contamination hospitalière depuis que nous avons la possibilité d'isoler strictement tous les petits nourrissons, que nous avons institué un lavage obligatoire des mains avant et après chaque soin infirmier avec port d'une blouse individuelle.

L'antibiothérapie doit être associée à un traitement symptomatique réfléchi.

Bibliographie

1. Hieber, J.P. et coll.: Amer. J. Dis. Child., 32: 853-858, 1978.
2. Kapikian, A.Z. et coll.: New Engl. J. Med., 294: 965-972, 1976.
3. Frexinos, J.: Nouv. Presse. Méd., 5: 707, 1976.
4. Lifshitz, F. et coll.: J. Ped., 79: 760-767, 1971.
5. Barnes, G.L. et Townley, R.W.W.: Arch. Dis. Child., 48: 383-348, 1973.

Le problème québécois du voyage international

Pierre Viens⁽¹⁾

La vogue des voyages vers le sud est récente au Québec, mais atteint une ampleur croissante. Le voyageur québécois goûte au Mexique d'abord, puis s'aventure vite vers les Antilles, l'Amérique centrale et du sud,

1) Professeur agrégé, Département de microbiologie et d'immunologie, Université de Montréal et membre du service des maladies infectieuses de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

où aucune brousse n'est assez éloignée pour lui. La Coopération internationale s'est développée durant les quinze dernières années et occasionne des déplacements à long terme de milliers de familles québécoises. L'immigration importante en provenance de pays tropicaux, surtout des Antilles dont Haïti, ne date que de cinq ans. La médecine québécoise n'a pas de tradition tropicaliste, les infrastructures diagnostiques sont récentes et insuf-

fisantes. Il est devenu nécessaire et urgent de sensibiliser les médecins et le public voyageur québécois aux principaux problèmes de pathologie du voyage, dans un but préventif, diagnostique et curatif. Certains résultats de cette conjoncture sont illustrés par les statistiques officielles du Canada, ainsi que par celles de la Clinique des Maladies Infectieuses et Parasitaires de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Problèmes dermatologiques du voyageur en pays tropical

Edouard M. Grosshans⁽¹⁾

Les problèmes, très nombreux, peuvent être regroupés en 3 grandes rubriques: la pathologie cutanée due au soleil et à la chaleur — les incidents cutanés dus à la flore et à la faune des pays tropicaux — les dermatoses infectieuses propres aux régions tropicales ou fréquentes dans ces régions.

Les touristes des pays froids ou tempérés qui arrivent dans les pays chauds et fortement ensoleillés sont souvent dès les premiers jours les victimes de lésions graves: «coups de soleil» phlycténulaires avec ou sans coups de chaleur nécessitant quelquefois l'hospitalisation, dermites phototoxiques chez les voyageurs prenant des médicaments photodynamiques (sulfamides, phénothiazines, tétracyclines) ou utilisant des produits cosmétiques photosensibilisants (parfums, déodorants, psoralènes). La chaleur humide favorise, surtout chez les enfants, des éruptions de sudamina, propices aux surinfections à cocci Gram + (bourbouille, miliaire rouge). Ces accidents, qui surviennent lors des premiers jours, peuvent être prévenus par une bonne information des voyageurs avant leur départ.

Dans les pays tropicaux, il y a beaucoup de végétaux et de petits animaux dont le contact entraîne des dermites aiguës douloureuses ou prurigineuses; elles sont plus difficile-

ment prévisibles et très variables selon les pays: urticaires aux méduses, granulomes aux oursins, morsures de sangsues, prurit des cercaires dans les régions maritimes ou aquatiques; piquûres d'arthropodes très divers, souvent nécrotiques et bulleuses, mais rarement responsables d'inoculation de maladies infectieuses (moustiques, arachnides, culicoïdes, papillons, tabanidés, réduvidés...), enfin de nombreuses dermites vésicantes et pigmentogènes à des sucres végétaux contenant en particulier des furocoumarines (mangues, citrons verts) ou des allergènes puissants ("poison ivy"). Les maladies cutanées infectieuses fréquemment contractées sous les tropiques sont avant tout les épidermomycoses: le dépaysement dans un pays chaud et humide entraîne une mutation de l'écoflore cutanée propice à l'installation rapide de mycoses érosives, suintantes et prurigineuses des plis (intertrigos des orteils et des plis génito-cruraux et interfessiers et vulvo-vaginites candidosiques en particulier). Les ectoparasitoses (pédiculoses, gales) sont souvent contractées lors des voyages surtout si les conditions sanitaires sont déficientes. Des dermatoses infectieuses moins banales sont plus rarement observées: teignes à champignons dermatophytes anthropophiles (microsporidies, trichophyties), lésions cutanées dues à des helminthes (surtout la larva migrans cutanée), plus rarement une filariose à loa-loa, une tungose ou une leishmaniose cutanée qui seront diagnostiquées quelques se-

maines après le retour de voyage. Enfin la détente physique des voyages en pays tropical, qui exacerbe l'appétit sexuel des voyageurs, augmente aussi les risques de maladies sexuellement transmissibles; les nombreux déplacements Internationaux ont donné une nouvelle dimension épidémique aux maladies vénériennes courantes telles que la gonococcie, la syphilis et le chancre mou qui sont les plus fréquentes, et souvent importées de pays lointains rendant vaines toutes les mesures épidémiologiques.

1) Professeur agrégé, Clinique Dermatologique de l'Université Louis-Pasteur, Strasbourg, France

Les diarrhées contractées en milieu tropical

H. Félix⁽¹⁾

De gravité très variable, toujours invalidantes et désagréables, elles sont la cause la plus fréquente de consultations après le retour. Rarement observées au stade initial, elles peuvent être retrouvées par l'interrogatoire, volontiers modifiées par une automédication intempestive.

I On opposera sur le plan symptomatique:

- les diarrhées banales, dont le nom varie selon les pays,
- le drame cholérique, véritable urgence médicale,
- les syndromes dysentériques vrais,
- les diarrhées accompagnées d'un contexte général infectieux, fébriles,
- les diarrhées prolongées ou récidivantes.

II On distinguera, selon les facteurs étiologiques:

1. *Les diarrhées ou gastroentérites banales* secondaires au stress du voyage, aux changements d'habitude climatiques et alimentaires, aux abus de nourritures et boissons, aux eaux magnésiennes ou natriées, à des chimio-préventions inutiles et inadéquates. Des facteurs mécaniques, un déséquilibre de flore intestinale interviennent sur des terrains hyperémotifs, dystoniques et anxieux. Elles sont de durée brève, bénignes et ne laissent pas de séquelles.

Ce sont, de loin, les plus fréquentes.

2. *Les diarrhées infectieuses* d'installation rapide, dans un contexte fébrile avec courbatures, algies diverses, sont sévères surtout chez le jeune enfant et les sujets âgés.

Les shigelloses les plus fréquentes peuvent être les plus graves (avec dysenterie vraie).

Les salmonelloses en dehors des toujours classiques fièvres typhoparatyphiques réalisent dans les formes à *Salmonella* mineures des gastro-entérites aiguës proches des Shigelloses.

Les toxi-infections alimentaires sont particulièrement rencontrées en milieu tropical et dans tous les cas où la souillure des aliments et leur conservation douteuse interviennent (buffets en plein air — plateaux repas): staphylo, *Salmonelles*, coliformes, etc... peuvent être en cause. Un caractère collectif les rend particulièrement indésirables.

Une étiologie virale peut réaliser des tableaux identiques, et l'hépatite virale débute volontiers par une diarrhée infectieuse.

Le choléra est envisagé à part en raison du caractère exceptionnel des problèmes qu'il peut poser.

3. *Les diarrhées parasitaires:* on pensera à une parasitose devant une diarrhée traînante ou récidivante, douloureuse ou inconfortable.

La dysenterie amibienne historique est actuellement rare. L'*amibiase* s'extériorise, parfois tardivement, par un syndrome diarrhéique avec colite douloureuse, batard, trompeur mais susceptible de complications secondaires dysentériques et/ou hépatiques. Souvent diagnostiquée par excès, par confusion parasitologique avec des amibes ou kystes non pathogènes, les «pseudo-amibiases» masquent d'autres causes parasitaires.

La *lamblia* (ou giardiose), méconnue ou sous-estimée, est cause de diarrhées chroniques, dyspepsies pénibles avec contexte fonctionnel riche. Sa fréquence est très grande. Le traitement très efficace supprime les troubles, mais une association amibiase-lamblia est possible.

Les parasitoses à vers peuvent entraîner des diarrhées mais plus souvent des troubles digestifs: ankylostomiase, anguillulose, ascaridiasse, et rarement trichocéphalose.

Par contre, la *bilharziose* intestinale, affection fréquente, se manifeste par diarrhées et dysenteries, et dans la *trichinose* au stade aigu une diarrhée importante est habituelle mais non constante.

4. Ne jamais oublier qu'un séjour en zone tropicale peut révéler une affection digestive méconnue: Crohn, recto-colite ulcéro-hémorragique, cancer colique polipose... et qu'une pseudo-amibiase, même confirmée, impose leur recherche.

III Le diagnostic

Quelles que soient la forme et l'étiologie de ces diarrhées, il implique:

1. Un bon interrogatoire précisant:

— lieux et conditions de voyage, possibilité de contagion interhumaine et de fautes d'hygiène alimentaire, notion de prises médicamenteuses.

2. De préciser la symptomatologie.

3. Examen parasitologique des selles avec enrichissement exercé par un laboratoire compétent.

4. Examen bactériologique des selles par coproculture, avec antibiogramme.

5. Un hémogramme où une éosinophilie oriente vers une helminthiase, une leucocytose avec polynucléose vers une affection bactérienne ou une amibiase, une leucopénie vers une thyphoïde.

6. Un dosage des transaminases pour éliminer une hépatite virale.

Cependant, un pourcentage élevé de résultats négatifs persiste: agents pathogènes peu nombreux, éliminés par intermittence ou décapités par des traitements intempestifs.

Des examens séro-immunologiques peuvent alors être utiles.

Si les troubles se poursuivent, les examens seront repris et complétés par endoscopie avec biopsie ou prélèvement rectal, radiographies, etc.

1) Professeur agrégé, Paris,

1. Symptomatique, en attendant les résultats des données de laboratoire: antidiarrhéiques purs et antispasmodiques, réhydratation en cas de syndrome cholérique.

2. A visée étiologique:

- soit antiseptiques intestinaux = nitrofuranes ou sulfamides ou Cotrimoxazole,
- soit antibiotique adapté,
- soit médicaments antiparasitaires spécifiques.

3. Prophylaxie:

Les conseils avant voyage se bornent à rappeler les précautions élémentaires d'hygiène générale et alimentaire. Il est inutile, faussement sécurisant et parfois dangereux de prescrire une chimiothérapie préventive qui ne peut se justifier qu'en cas de haut risque de choléra.

On conseillera avant le départ de traiter une diarrhée par 2 jours d'antidiarrhéiques seuls, puis en cas de persistance par un antiseptique intestinal, et en cas de fièvre associé par Cotrimoxazole.

Les parasitoses digestives courantes

Les parasitoses digestives constituent en milieu tropical environ 6/10^e de la pathologie médicale.

Compte tenu de l'attrait exercé par les zones tropicales sur les populations des zones tempérées et froides, ces parasitoses, maladies d'importation, commencent à apparaître dans les hôpitaux et clientèle de ces régions.

Il est donc nécessaire que les médecins de ces pays puissent connaître ces parasitoses, dont certaines peuvent être fatales pour leurs patients.

Parmi les parasitoses rencontrées fréquemment aux Antilles, on distingue des parasitoses mineures (Ascaridiose-oxyurose-trichocéphalose-lamblioses et taenias) et des parasitoses majeures (ankylostomose-anguillose-bilharziose et amibiose).

1. Parasitoses mineures:

- Peuvent se voir en zone tempérée.
- Les parasitoses vivent dans le milieu intestinal.
- Les réactions immunologiques ne sont pas utilisées, leur diagnostic repose sur la présence des oeufs dans les selles, parfois sur l'émission d'un ver adulte au niveau d'un orifice naturel et il peut être soupçonné en présence d'une eosinophilie.

Roberte Hamousin-Métrigiste⁽¹⁾

L'ascaridiose due à *Ascaris lumbricoïdes* est fréquente chez l'enfant et l'adulte.

La contamination se fait par les fruits, les légumes lavés avec des eaux souillées de terre ou non lavés, par les mains sales cliniquement latente; elle peut occasionner des douleurs abdominales, avec météorisme ou se révéler par une manifestation pulmonaire de type allergique.

La *Trichocéphalose* est due aux trichiuris-trichiura et est fréquente à tous les âges.

Contamination par les légumes et les fruits souillés, par les mains sales.

Habituellement asymptomatique, mais si infestation massive, douleurs abdominales, avec rectocolite ou entérite.

Oxyurose due à *Entérobius Vermicularis*.

- Contagion directe par les mains, le linge, la literie.
- Cliniquement: prurit anal ou vulvaire, douleurs abdominales à prédominance caecale, troubles nerveux, insomnie, instabilité.

Giardiose due à *lamblia intestinalis*

- Contamination des légumes et fruits lavés avec des eaux souillées mais claires.
- souvent asymptomatique, mais les parasites sont en nombre important, occasionne douleurs abdominales et diarrhée sanglante.

Les taenias: dues surtout à *tenia saginata* et *hymenolepis nana*:

- la contamination se fait par l'ingestion de viande crue ou indirecte-

ment par les vêtements, ou les selles.

Cliniquement: xerthisme cardiaque, urticaire, insomnie, douleurs abdominales, céphalées, parfois anémie.

2. Les parasitoses majeures:

- de symptomatologie plus bruyante, ont par leurs complications un pronostic plus redoutable;
- leur diagnostic repose sur la présence d'oeufs ou de larves dans les selles parfois sur des réactions immunologiques et la recherche d'anticorps;
- l'éosinophilie est souvent transitoire.

L'ankylostomose:

- due à *ankylostoma duodenale* ou à *necator americanus*;
- contamination directe, effraction de la peau par larve infestante (sujets marchant pieds nus dans les boues souillées);
- cliniquement: érosion cutanée puis douleurs abdominales (larves fixées au niveau des parois intestinales), puis asthénie, anémie grave avec oedème généralisé;
- problème particulier de l'ankylostomose chronique difficile à traiter car s'établit une adaptation de l'organisme.

L'anguillulose:

- due à *strongyloides stercoralis*
- contamination par les boues et eaux souillées, la larve traverse la peau réalisant une dermatite.
- cliniquement — douleurs abdominales paroxystiques — selles glaireuses, parfois anémie — l'éosinophilie est ici constante.

¹⁾ Docteur, 97100 Basse-Terre, Guadeloupe.

La bilharziose intestinale:

- due à *Shistosoma mansoni*
- infestation par les eaux souillées dans les rivières où pullulent des bullins; la furcocercaire traverse la peau lors d'une baignade.

Cliniquement:

- dermatite et fièvre lors de l'infestation, puis s'installent douleurs abdominales, météorisme post-prandial, diarrhées sanglantes, asthénie, anémie.

Une forme subaiguë ou chronique peut s'observer, et se com-

pliquer de lésions: hépatique (cirrhose), cardiaque, ou nerveuse (encéphalite ou myélite).

L'amibiase:

- due à *Entamoeba histolytica*.
- infestation en ingérant des aliments souillés;
- hémato-phage, l'amibe se fixe dans la paroi intestinale produisant des micro-abcès.

Cliniquement:

- douleurs abdominales, selles glaireuses et sanguinolentes très particulières, atteinte progressive de

l'état général et dissémination viscérale (abcès du foie, du poumon) ou passage à la chronicité (colite).

La thérapeutique des parasitoses digestives est bien codifiée, l'important est de multiplier les examens des selles, chez les sujets qui, ayant séjourné en milieu tropical, présentent une symptomatologie abdominale qui ne fait pas sa preuve. La prévention repose sur les principes élémentaires d'hygiène et l'assainissement du milieu.

L'éosinophilie du voyageur

La découverte d'une hyperéosinophilie chez un voyageur évoque l'existence d'une helminthiase.

Trois éléments vont orienter le diagnostic:

- l'importance de l'hyperéosinophilie avec ou sans hyperleucocytose, et son évolution dans le temps;
- les manifestations d'accompagnement, particulièrement l'existence d'une fièvre;
- les lieux de séjour du voyageur et son mode de vie.

L'éosinophilie

Une hyperéosinophilie supérieure à 20% et s'accompagnant d'une hyperleucocytose est observée dans la plupart des primo-invasions helminthiques, mais elle est beaucoup plus franche lorsqu'il existe un passage larvaire intra-tissulaire: bilharziose, distomatose, anguillulose, ankylostomiase, ascaridiase, trichinose (Tableau I).

Les vers qui demeurent toujours dans la lumière du tube digestif sont moins éosinophilogènes: taeniasis, oxyurose, trichocéphalose.

Cette hyperéosinophilie régresse dans les semaines suivantes, à des taux entre 5 et 15% à la phase du ver adulte. D'autres évolutions sont plus caractéristiques, en raison de la

M. Gentilini et G. Brücker (1)

persistance des formes larvaires intra-tissulaires: éosinophilie anarchique d'une anguillulose, ou très longtemps maximum vers 60 ou 80%, en plateau d'une larva migrans viscérale, d'une myiase, d'un poumon éosinophile filarien, entre 20 et 40% pendant des mois lors d'une loase ou d'une onchocercose (Tableau II).

Les signes d'accompagnement

permettent parfois un diagnostic clinique: prurit et nodule sous-cutané d'une onchocercose, arthralgies et passage d'une filaire sous la conjonctive de l'œil lors d'une loase, hématurie d'une bilharziose, subictère d'une distomatose; moins spécifique et cependant très évocatrice est la duodénite d'une anguillulose ou d'une ankylostomiase. Tous ces symptômes relèvent de la phase d'état de diagnostic facile si l'on pense à rechercher le parasite dans le sang, la peau, les urines ou les selles.

À la phase d'invasion, les signes d'accompagnement sont absents ou moins évocateurs: les manifestations allergiques, prurit, urticaire, sont banales. Une symptomatologie respiratoire fugace et discrète peut être liée au passage des larves d'ascaris, d'ankylostomes, d'anguillule ou de schistosomes. En revanche, la fièvre est particulière car elle ne s'observe que lors des primo-invasions de bilharzioses ou de trichinose et à un degré moindre lors d'une distomatose, d'une filariose lymphatique ou parfois de syndromes de larva migrans (Tableau III).

À ce stade, les réactions immunologiques sont primordiales puisqu'elles permettent seules d'établir un diagnostic précoce.

Tableau I

Hyperéosinophilies majeures > 50% ($> 5000/\text{mm}^3$) avec hyperleucocytose

- Larva migrans viscérale
- Trichinose
- Primo-invasion de bilharziose de distomatose d'ascaridiase d'ankylostomiase
- Myiases

Tableau II

Hyperéosinophilies durables

- Anguillulose
- Onchocercose
- Loase
- Larva Migrans
- Myiases

Tableau III

hyperéosinophilies fébriles

Phase d'invasion des:

- Bilharzioses
- Trichinoses
- Distomatoses
- Filarioses lymphatiques
- Larva migrans

1) Service des Maladies Tropicales et Parasitaires — Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, 83 Bd de l'Hôpital, 75013, Paris.

Le lieu de séjour

est évidemment important. Certaines helminthiases sont cosmopolites, par contre, un séjour en Afrique Centrale est seul en mesure de faire suspecter une loase; la connaissance de la répartition géographique des endémies parasitaires est in-

dispensable (Tableau IV). Enfin, les péripéties du voyage ne manquent pas d'intérêt puisque l'on pensera à la bilharziose chez ce baigneur qui n'a parfois pas oublié le prurit à la sortie du fleuve, ou à des marigots, ou à la trichinose chez le chasseur de phacochères ou autre gibier consommé peu cuit.

Ainsi, le diagnostic d'une hyperéosinophilie chez le voyageur, est rapidement cerné par le profil même de la formule sanguine, les éventuelles manifestations d'accompagnement, la connaissance des lieux et des modes d'infestation possibles.

Tableau IV Répartition géographique des principales Helminthiases.

Europe Septentrionale	Europe Méridionale	Maghreb	Afrique Noire	Antilles Amérique Latine	Asie du Sud-Est
Oxyurose Ascaridiose Trichocéphalose Téniasis, <i>T. saginata</i> Bothriocéphale (rare)	Ascaridiose Téniasis <i>T. saginata</i> <i>T. sodium</i> et cysticerque	Ascaridiose Ankylostomose Anguillulose Ténias, <i>T. saginata</i> <i>H. nana</i>	Ascaridiose Ankylostomose Anguillulose Filarioses lymphatiques Loa (Afrique Equat. de l'Ouest) Médine Onchocercose Bilharziose urinaire, intestinale	Ascaridiose Ankylostomose Anguillulose Filariose lymphatique	Ascaridiose Ankylostomose Anguillulose Filariose lymphatique
Distomatose	Distomatose	Hydatidose		Bilharziose intestinale	Distomatose hépatique, pulmonaire Bilharziose
Toxocarose	Hydatidose	Bilharziose urinaire (foyers limités)		Onchocercose (Vénézuéla, Guatemala) Hydatidose (Argentine, Uruguay)	Trichinose (rare)
Trichinose (rare) Myiase à hypoderma (rare)	Anguillulose (rare)				

Sérologies et parasitoses d'importation

Pierre Ambroise-Thomas⁽¹⁾

Les méthodes sérologiques modernes (immuno-fluorescence indirecte, hémagglutination indirecte, etc...) prennent une part grandissante dans le diagnostic des parasitoses d'importation. Ceci s'explique par des raisons de commodité pratique, de sécurité et de précocité diagnostiques, enfin par la possibilité de réaliser certains diagnostics *a posteriori* et de contrôler l'efficacité d'un traitement.

Sur un plan pratique, les méthodes sérologiques ont l'avantage de n'exiger pour le patient qu'un prélèvement unique (quelques millilitres ou même quelques microlitres de sang) qui peut être facilement acheminé jusqu'au laboratoire spécialisé. Applicable à de nombreuses parasitoses (paludisme, amibiase, Trypanosomose, Leishmaniose viscérale, bilharzioses, filarioses, hydatidose, etc...) la sérologie est habituellement positive dans plus de 90% des cas et sa positivisation commence dès la phase d'incubation des parasitoses, c'est-à-dire au moment où les autres procédés diagnostics sont négatifs. Ceci peut

être particulièrement important dans la pathologie parasitaire d'importation qui amène par exemple à observer des malades présentant une bilharziose *incipiens*, au stade précoce de «fièvre des safaris», qui n'est décelable que par la sérologie alors que les examens de selles ou d'urines sont encore évidemment négatifs. Par ailleurs, les anticorps sériques peuvent persister pendant des périodes variables suivant les méthodes et les réactifs employés. Ceci peut être un avantage pour réaliser certains diagnostics *a posteriori*. C'est par exemple le cas pour des malades qui, en dehors de tout contrôle parasitologique, ont suivi un traitement antipaludéen après avoir présenté outre-mer des accès fébriles hâtivement étiquetés «paludisme». Au retour, il est essentiel de confirmer ou d'infirmer la notion de ces antécédents palustres, ce que la sérologie permet de faire si le traitement ne remonte pas à plus de 3 mois (diagnostic *a posteriori*). Enfin, ce sont sans aucun doute, les méthodes sérologiques qui permettent le meilleur contrôle d'efficacité d'un traitement par la disparition progressive des anticorps circulants. Ce type de contrôle exige néanmoins une répétition régulière des examens et des délais allant de 10 à 12 mois.

Dans l'ensemble, les réactions sérologiques n'en présentent pas moins différents inconvénients. Elles ne sont d'abord pas applicables, bien évidemment, à toutes les parasitoses superficielles. Par ailleurs, si leur pourcentage de positivité dépasse 90% elles restent exposées à des phénomènes de non spécificité (particulièrement fréquents dans les nématodoses) qui rendent difficile voire aléatoire l'interprétation de résultats faussement positifs. Actuellement, différents espoirs d'amélioration technique existent avec l'apparition de méthodes remarquablement sensibles (E.L.I.S.A.) qui permettront peut-être l'usage de réactifs purifiés ou de nouveaux types d'antigènes (exo-antigènes parasitaires ou antigènes métaboliques). En outre, la détection d'antigènes circulants et non plus d'anticorps circulants paraît constituer une voie également pleine d'avenir aussi bien pour le diagnostic très précoce des parasitoses d'importation que, surtout, pour le contrôle de leur guérison après traitement.

1) Service de Parasitologie.

Consultations de maladies parasitaires, Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, BP 217 X 38043 Grenoble.

Le malade chronique peut-il voyager?

M. Sankalé⁽¹⁾

Cette question peut se poser en trois circonstances, selon qu'il s'agit de statuer sur l'aptitude au départ, ou à un séjour prolongé ou à un retour précipité, par évacuation sanitaire.

Avant le départ

Le voyageur doit subir les vaccinations exigées par les pays d'ac-

cueil: essentiellement contre la fièvre jaune, la variole et, plus rarement, le choléra. Se trouvent exclus de cette obligation les sujets atteints de dépression immunitaire, de tare hépatique ou rénale grave, d'hémopathies chroniques, d'eczéma. De même la femme enceinte. On a coutume de préconiser «la prudence» chez le diabétique et chez l'allergique. Compte tenu du faible risque de contamination qu'encourt le sujet transplanté, un certificat de contre-indication à la vaccination est admis dans beaucoup de pays.

Les contre-indications du voyage aérien lui-même sont rares: par

exemple il est exceptionnel d'observer un accident chez un hypertendu artériel.

Durant le séjour sous les tropiques

Si celui-ci doit être de travail, donc prolongé, on s'astreindra à une sélection médico-psychologique rigoureuse, dont serait dispensé un éphémère touriste. Un contrat de travail sera refusé à un psychopathe (parfois éthylique), un cardiopathe organique, un porteur de tare rénale ou

(1) Service de médecine interne et tropicale de l'hôpital Félix Houphouët Boigny, C.H.R. de Marseille (France).

hépatique, dans la mesure — rare — où serait à redouter une aggravation brutale dépassant les moyens de soins du pays tropical.

Il sera bon de s'assurer, avant le départ, des possibilités locales, dans les cas suivants:

- besoin d'un contrôle médical régulier: par exemple surveillance biologique d'un traitement anticoagulant au long cours, hémodialyse chronique, chrysothérapie ou corticothérapie prolongées...

- contre-indication de la chimioprophylaxie, par exemple, du paludisme (la chloroquine est contre-indiquée chez les mal-entendants);

- terrain allergique aux essences végétales ou à certaines espèces: physalies, méduses, etc...

Moyennant une sélection minimale, seulement 187 sujets européens (sur plusieurs dizaines de milliers) ont été rapatriés sanitaires d'Afrique Noire en France (ont donc écourté leur séjour) entre 1969 et 1971.

Il faut souligner que le climat n'est jamais en cause et une maladie tropicale exceptionnelle (3 cas). La priorité revient aux troubles psychiques (17%), suivis par les affections cardiovasculaires (12%), hépatiques — surtout l'hépatite virale — (10,9%) et neurologiques (10,4%).

En cas de retour précipité

Il est certain que «tout malade... est transportable par avion, à condition d'y mettre le prix» (M. Périn). Dans les conditions ordinaires, le voyage de retour sera différé en cas d'angor pectoris aggravé ou d'infarctus du myocarde datant de moins d'un mois (voire de trois mois), d'insuffisance cardiaque aiguë menaçante, de pneumothorax datant de moins d'un mois, de capital hémoglobinique réduit de plus de moitié, d'otite ou de sinusite aiguës, enfin (pour le voisinage) d'état névrotique avec rap-

tus anxieux ou de troubles du comportement. Parfois la présence d'un accompagnateur averti sera exigée.

Au total

Les incidents graves, non mortels, se chiffrent à trois par million de voyageurs et les décès à bord des avions à un pour 1.500.000 voyageurs. Ces taux sont proches des lois du hasard dans la population générale.

Moyennant une sélection médico-psychologique à laquelle le candidat migrant — et même le touriste en cas de doute — a intérêt à se soumettre de sa propre initiative, et sous réserve qu'il soit disposé à suivre scrupuleusement les élémentaires mesures d'hygiène (alimentation, soleil, baignades, protection quelques des insectes...) qui lui seront indiquées, le malade chronique et stabilisé voyage fort bien et effectue des séjours parfaitement normaux sous les Tropiques.

La vaccination pour les voyageurs

Richard Morisset,⁽¹⁾

L'augmentation du nombre de voyages internationaux a entraîné un surcroît de gens susceptibles d'acquiescer et de transporter des maladies contagieuses. Ces dangers sont grandement diminués si l'on a soin de se protéger avec les vaccins dont nous disposons. Les immunisations requises pour voyager à l'étranger tombent sous deux catégories: celles qui sont *obligatoires*, c'est-à-dire requises par la loi, dans certains pays, et qui visent «à protéger le pays contre le visiteur»; et celles qui sont *recommandées* à cause d'une exposition plus importante à certaines maladies et qui visent «à protéger le voyageur contre les dangers inhérents au pays à visiter».

Les vaccinations obligatoires sont peu nombreuses et incluent les vaccins contre la fièvre jaune et le choléra. La vaccination antivaricelleuse, que certains pays continuent d'exiger, ne serait plus indiquée selon les dernières données de l'Organisation Mondiale de la Santé. Parmi les vaccins recommandés on

retrouve les vaccins contre la typhoïde, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite sans oublier les inoculations contre la rougeole et la rubéole. Dans certaines conditions particulières et pour des séjours à long terme, le B.C.G., les vaccins contre le typhus, contre la peste et l'immunisation antirabique peuvent être ajoutés à cette liste. La gamma globuline humaine demeure recommandée pour les personnes qui visitent des pays où l'hépatite infectieuse a une incidence élevée.

Dans le choix des vaccinations recommandées, il est important de distinguer le type de voyageur auquel on a affaire et la durée du séjour outre-mer. S'agit-il d'un voyage d'affaire ou touristique de quelques jours, ou d'un voyage touristique de 2 à 6 semaines; ou encore d'un voyage à long terme de quelques mois à quelques années dans le cadre d'une mission ou d'un programme d'échange par exemple? Dans chacun des cas les cédulas de vaccinations devront être adaptées.

1) M.D., Service de Microbiologie et des Maladies Infectieuses, Hôtel-Dieu de Montréal, Département de Microbiologie et d'Immunologie, Faculté de Médecine, Université de Montréal.

Les maladies à transmission sexuelle sous les tropiques

B. Ndiaye¹

Dans les pays tropicaux qui sont confrontés à des problèmes majeurs de santé publique comme le paludisme, la tuberculose, la lèpre, etc, les maladies sexuellement transmises (M.T.S.) occupent une place bien modeste dans les préoccupations des autorités sanitaires. Dans la plupart de ces pays la lutte contre les M.T.S. est à l'état d'ébauche si elle n'est pas totalement ignorée. La déclaration de ces affections n'est pas obligatoire, expliquant l'absence de statistiques valables.

Cependant l'existence, dans ces pays, des M.T.S., la grande fréquence pour certaines d'entre elles, ne font plus l'objet de doute. Les preuves sont largement fournies par les enquêtes réalisées sous l'impulsion de l'O.M.S. et les publications, encore éparses, des auteurs travaillant en zones tropicales ou s'intéressant à des patients émigrés de ces régions.

1) Dakar, Sénégal

À la lumière de ces données et de notre étude personnelle, il est possible de dégager les traits principaux des M.T.S. en pays tropical. Les M.T.S. majeures:

— La gonococcie vient en tête par sa fréquence. Les manifestations aiguës sont beaucoup mieux connues tandis que les formes extragénitales sont exceptionnelles.

— Le chancre mou vient en deuxième position et s'avère beaucoup plus fréquent en zone tropicale que partout ailleurs. Les formes graves qui sont devenues exceptionnelles en zone tempérée ne sont pas rares dans nos régions.

— La syphilis n'est reconnue le plus souvent qu'à la phase secondaire. Mais à cette période essentiellement dermatologique la confusion est grande avec d'autres dermatoses. Les formes sérologiques posent de difficiles problèmes diagnostiques avec les tréponématoses non vénériennes. Un schéma d'interprétation d'une sérologie positive en zone d'endémie tréponémique est proposé.

— La maladie de Nicolas et Favre est mal connue voire méconnue en zone tropicale africaine.

— La donovanose, contrairement à ce qu'elle est dans les pays tropicaux d'Amérique Latine, est encore plus rarement mentionnée en Afrique tropicale.

Les M.T.S. mineures commencent à être prises en compte. Les affections uro-génitales à candida albicans ou trichomonas sont de plus en plus diagnostiquées et traitées. Par contre les urétrites ou vulvo-vaginites à chlamydiae ou à mycoplasma ne sont pas encore du domaine de la pratique quotidienne.

Devant la poussée des M.T.S. en pays tropicaux où naissent de nouvelles villes avec l'exode rural et la prostitution comme corollaires, le développement du tourisme, il est permis d'espérer que les M.T.S. vont susciter un plus grand intérêt du corps médical, du public et des autorités administratives.

Le paludisme en 1979

L.J. Bruce-Chwatt⁽¹⁾

De toutes les maladies parasitaires, le paludisme constitue l'infection qui sévit ou a sévi dans tous les pays tropicaux. La distribution des espèces de l'hématozoaire n'est pas uniforme; le climat, l'espèce de l'Anophèle vecteur, l'intensité du contact entre l'homme et le moustique, sont autant de facteurs qui ont une influence sur le degré de l'endémicité du paludisme.

Depuis la mise en oeuvre du programme global de l'éradication, le paludisme endémique fut extirpé de l'Australie, de presque la totalité de l'Amérique du Nord, de la plupart des

îles Caraïbes, du continent de l'Europe et de l'Asie du Nord. Pourtant le paludisme endémique reste fortement enraciné dans les pays de l'Afrique Tropicale, dans plusieurs zones de l'Amérique Centrale et de l'Amérique du Sud, ainsi que dans presque la totalité de l'Asie du Sud et du Sud-Est.

Sur le chiffre total de 2048 millions d'habitants dans les régions du monde où le paludisme a été ou est encore endémique, quelque 1696 millions vivent dans les zones où le paludisme a disparu, où dans lesquelles les programmes d'éradication sont en cours. Mais quelque 352 millions d'habitants des zones d'endémicité (la plupart en Afrique) ne sont encore protégés par aucune mesure antipaludique organisée.

Au cours des dix dernières années la situation s'est malheureusement détériorée progressivement. La réapparition du paludisme endémique ou épidémique a particulièrement touché les pays d'Asie du Sud, certains pays d'Amérique latine et la Turquie. Le nombre de cas notifiés, pris globalement, a plus que doublé en 1977, en comparaison avec 1972. Le paludisme met donc à nouveau en danger non seulement la santé des populations entières mais aussi leur progrès socio-économique.

L'augmentation croissante des cas de paludisme importés en Europe, en Amérique du Nord et au Japon ne cesse pas de créer des problèmes médicaux et de santé publique. C'est ainsi qu'en Europe plus de 3500 cas de paludisme d'importation ont été

1) Professeur émérite, University of London, England.

signalés en 1978 et ce chiffre est bien au-dessous de la réalité. La mortalité causée par le *Plasmodium falciparum* y est entre 3% et 6%, le plus souvent à cause de nombreux diagnostics erronés ou tardifs.

Le problème actuel du paludisme a pris un caractère de

gravité tel qu'il exige la mobilisation des ressources scientifiques, logistiques et financières du monde entier. Pour être efficace, l'action doit se fonder sur une réorientation du programme antipaludique, impliquant l'adaptation de la stratégie aux objectifs sociaux et sanitaires des pays en

voie de développement. La recherche scientifique est en état de nous fournir de nouveaux moyens et de nouvelles méthodes de lutte contre cet ancien fléau, dont la conquête s'avère bien plus difficile que l'on avait espéré.

La santé des voyageurs: une solution de tous les jours à un problème de tous les jours

Serge Dumas⁽¹⁾

À l'exception des coopérants patronnés par des organismes officiels, les voyageurs québécois, de plus en plus nombreux et de plus en plus téméraires sont laissés à eux-mêmes quant à la prévention et au traitement d'éventuelles maladies des voyageurs.

1) Hôpital du Saint-Sacrement, Québec.

Les besoins des voyageurs sont d'autre part très variés et impliquent des connaissances multiples, peu susceptibles d'être données dans le cadre d'une consultation médicale.

Le département de santé communautaire de l'hôpital du St-Sacrement et son service de médecine familiale ont mis sur pied un programme de santé des voyageurs destiné à assurer une vaccination adéquate, une information riche et spécifi-

que, un suivi et une relance adaptés aux besoins particuliers de leurs clients.

Fièvre au retour des tropiques

Michelle Laurence-Honoré⁽¹⁾

Tout individu désirant se rendre en Amérique du Sud devrait consulter son médecin afin de recueillir les conseils pratiques dans l'art de voyager en milieu tropical et de connaître les grandes lignes de la prophylaxie.

De retour dans son pays d'origine, son médecin doit établir le diagnostic de la maladie dont la fièvre est souvent le symptôme le plus important.

A. Le touriste émigrant en Amérique du Sud peut être agressé par 3 types de maladies: virales, bactériennes et parasitaires.

1° Les Arboviroses transmises par les arthropodes (Aedès-Phlébotomes). Les plus fréquentes sont dues aux Arbovirus du groupe B regroupant la dengue et la fièvre jaune. La fièvre jaune requiert une vaccination obligatoire et ne constitue plus une menace actuellement. La dengue est plus fréquente: c'est un état grippal

très sévère avec courbatures, myalgies, céphalées et photophobie. L'évolution souvent diphasique est néanmoins brève mais il persiste toujours une grande asthénie.

2° Les affections bactériennes

a. Fièvre et diarrhées doivent faire évoquer le diagnostic de shigellose ou de salmonelloses majeures ou mineures.

b. Les rickettieses sont plus rares mais il faut y penser surtout si la peau présente des piquûres de tique avec adénopathie satellite, affection de type grippal mais redoutable par ses complications.

c. La leptospirose que l'on reconnaît facilement par son ictère flamboyant avec splénomégalie et protéinurie.

d. La psittacose (beaucoup plus rare sous forme d'un syndrome grippal).

3° Les affections parasitaires

a. Le chef de file est le paludisme: ce diagnostic doit être constamment présent à l'esprit surtout si la chimioprophylaxie n'a pas été suivie ou arrêtée prématurément. L'anophèle

femelle transmet (en Amérique du Sud) le *Plasmodium falciparum* ou le *Plasmodium vivax*.

Le paludisme se manifeste sous trois formes:

— Accès de primo invasion: forme la plus fréquente chez le voyageur, survenant parfois en cours du séjour en zone d'endémie ou quelques jours après le retour.

— Accès intermittent: survenant à distance de l'infestation et réalisant une fièvre tierce ou quarte.

— Accès pernicieux: rapidement mortelle sans traitement survenant à tout moment dans les 2 mois suivant l'infestation. Dans tous les cas, diagnostic facile à condition d'y penser: reposant sur la clinique et surtout sur la recherche de l'hématozoaire.

b. Complications de l'amibiase:

Amibiase hépatique qui associe fièvre et hépatomégalie douloureuse.

c. Complications de la bilharziose:

Bilharziose intestinale dans

1) Docteur en médecine, Cayenne, Guyane Française.

nos régions, contractée par voie cutanée lors des bains dans des rivières contenant des planorbes infectés par les selles d'hommes malades.

d. La maladie de Chagas transmise par les triatomes et qui atteint le sujet en relation avec la population infestée.

B. Conduite à tenir avant un séjour en zone tropicale.

Le meilleur traitement pour le touriste est le traitement prophylactique:

— s'informer de

l'épidémiologie propre à la région considérée et du mode de vie;

— la prévention repose sur la chimioprophylaxie, les vaccinations, l'hygiène.

a. La chimioprophylaxie est possible pour

— le paludisme:

consiste à prendre un traitement par la chloroquine ou l'amodiaquine en une seule fois ou 6 jours sur 7 de la semaine. Elle doit être commencée le jour de l'arrivée, poursuivie régulièrement pendant le séjour et continuée un mois après le retour;

— les diarrhées infectieuses fébriles doivent faire l'objet d'une prescription d'antiseptiques intestinaux.

b. Les vaccinations:

— vaccins obligatoires: variole, fièvre jaune.

— vaccins non obligatoires mais pouvant être conseillés: DT-TAB et poliomyélite.

c. Règles d'hygiène

— hygiène corporelle et alimentaire

— éviter les baignades en eau douce en Amérique du Sud (sauf en Guyane).

C. Conduite à tenir après un séjour en milieu tropical.

Rechercher si l'accès fébrile est en rapport avec le séjour en pays tropical: interroger le malade sur les pays parcourus, son mode de vie, sa date de retour et la date de début des troubles et savoir qu'une durée d'incubation:

a. supérieure à 14 jours

élimine la fièvre typhoïde, les arboviroses, les rickettsioses.

b. supérieure à 2 mois est compatible avec le paludisme de primo invasion et l'amibiase hépatique.

Fièvres au retour des tropiques

Henri Henriot⁽¹⁾

Devant un état fébrile apparaissant au retour d'un séjour dans l'aire géographique guyanaise située au niveau du 5ème parallèle, nous évoquerions différents diagnostics selon qu'il s'agit:

— Soit d'un état fébrile brutal avec 40° — 41°, accompagné de frissons, céphalées, lombalgies, asthénie, sueurs profuses, alternance de chaleur et de froid, anorexie.

— Soit d'une température modérée à 38,5° — 39° plus ou moins accompagnée d'un enclenchement ou d'encombrement naso-pharyngé, de troubles digestifs à type de nausées et vomissements, épigastralgies, etc.

Nous adopterions une attitude systématique fondée sur l'anamnèse révélée par un interrogatoire très poussé.

Celui-ci mettra en évidence: l'origine géographique du patient, âge, profession, voyages (tourisme: voile, camping, excursions, etc), écarts gastronomiques, mode de transport, etc.

Le diagnostic peut être orienté dans environ 90% des cas par l'interrogatoire.

L'examen clinique systé-

matique passera en revue tous les appareils, notamment cardio-vasculaire (TA), pulmonaire, hépato-digestif, nerveux, etc.

Pour le laboratoire, nous procéderions de la manière suivante:

— Frottis et goutte épaisse pour éliminer systématiquement un paludisme (*P. falciparum*).

— Bilan comprenant: hémogramme, VS, urée glycémie, créatinine, tests hépatiques, etc.

— Séro-diagnoses des arboviroses, Séro de Widal-Félix,

— Réaction de Prowaseki, R. de Paul et Bunel.

Une fois les prélèvements effectués, on peut proposer un traitement anti-paludique spécifique (Fansidar en IM) associé éventuellement à des anti-thermiques (AC. acétylsalicylique per os, IM ou IV).

Dès réception des résultats du laboratoire, on peut:

— Soit éliminer ou confirmer le paludisme,

— Soit ajuster une thérapeutique antibiotique selon les indications du laboratoire, et/ ou compléter l'enquête biologique par d'autres examens (antibiogramme).

En résumé, devant une fièvre au retour des tropiques, il faut:

— éliminer un paludisme par un geste simple, faire un frottis et une goutte épaisse,

— éliminer systématiquement une virose par une séro-diagnostic des arboviroses,

— Selon les données cliniques et de l'interrogatoire, compléter le bilan biologique.

Le traitement d'attente (48 heures) fait appel aux anti-thermiques type aspirine associés ou non au traitement anti-paludique. Dès obtention des résultats du laboratoire, ajustement du traitement, éventuellement recours aux antibiotiques.

⁽¹⁾ Docteur en médecine, Cayenne, Guyane Française.

Situation sanitaire de la Guyane Française

Simone Ho A. Chuck⁽¹⁾

Située au nord du continent Sud-Américain, la Guyane Française occupe 320 km de littoral atlantique. Elle s'étend entre le 2^e et le 6^e parallèle nord, la partie la plus méridionale est à 200 km de l'Équateur. Le fleuve Maroni la sépare à l'ouest du Surinam, le fleuve Oyapock la traverse à l'est du Brésil.

La Guyane compte 55 125 habitants (d'après le recensement de 1974). Les 9/10^e du département sont pratiquement vides, alors que Cayenne et Rémire (sa banlieue résidentielle) approchent les 500 habitants/km².

C'est un pays de forêts immenses (la forêt amazonienne), et de fleuves majestueux jonchés de rapides (les sauts) que nous vous invitons à découvrir au cours d'une remontée ou d'une descente en pirogue.

La Guyane a eu beaucoup de mal à se débarrasser de cette image de pays insalubre due à la triste expérience d'implantation, sans aucune préparation, d'Européens en 1783, qui se termina tragiquement (ce fut la trop célèbre expédition de Kourou), et au choix d'y installer le Bagne.

La Guyane vous surprendra agréablement nous en sommes certains. Cependant comme tous vos départs vers les régions tropicales, nous voudrions terminer ce tour d'horizon que nous avons fait ensemble à travers les pays de l'Amérique du Sud, par les conseils à donner aux voyageurs qui en particulier se rendent en Guyane française.

— Quels sont les risques encourus par le touriste?

— Quels sont les conseils à donner aux voyageurs se rendant en Guyane Française?

Le paludisme

Malgré de grands espoirs dans les années 1968 où l'on croyait avoir éradiqué le paludisme, grâce à une lutte menée par l'Institut Pasteur contre la destruction des gîtes larvaires, et à la prophylaxie collective accompagnant chaque cas dépisté,

depuis 1970 on assiste à une recrudescence du paludisme (en forte proportion due à *Plasmodium falciparum*).

Il faudra donc mettre en place une prophylaxie préventive.

Les leishmanioses:

Si vous désirez faire un tour à l'intérieur des terres, ne vous privez pas de ce magnifique spectacle qu'est une remontée en pirogue avec les nuits passées en hamac sous un carbet. Mais protégez-vous de ce petit moucheron bossu qu'est le *Phlebotome*. Et si au retour vous remarquez un bouton qui s'ulcère et qui résiste à toutes les pommades antibiotiques, consultez votre médecin en lui signalant que vous êtes allé en Guyane.

L'amibiase et la bilharziose

Sans crainte au cours de vos balades, baignez-vous dans les fleuves sans la hantise de l'amibiase qui sous sa forme pathogène est extrêmement rare. (1978, 6 cas de dysenterie amibienne).

Soyez sans crainte de la Bilharziose dont la Guyane française est indemne pour le moment. Des travaux sont à l'étude car cette maladie sévit chez nos voisins du Surinam. Un maillon manquerait à la chaîne du développement de *Schistosoma mansoni*.

Les filarioses

Les filarioses lymphatiques de type Bancroft existent en nombre infime. Cette parasitose est en très nette régression depuis une dizaine d'années. Le Docteur Pradinaud qui a une expérience de plus de 10 ans de dermatologie en Guyane notait n'avoir vu que 2 chyluries et une atteinte du cordon lymphatique latéro épidyimaire.

Quant à l'onchocercose qui existe au Venezuela sous forme de nodules céphaliques, elle n'a encore jamais été mise en évidence en Guyane française, malgré une recherche

systématique, d'un spécialiste d'ophtalmologie, des micro-filiaires au cours de multiples examens pratiqués à la lampe à fente depuis de nombreuses années, et les recherches constantes du service de Dermatologie.

Les infections à virus

- La fièvre jaune
- La dengue.

La fièvre jaune

En Guyane Française le risque le plus important d'une infection à arbovirus reste celui de la fièvre jaune. Des cas ont été signalés récemment dans les provinces au nord du Brésil. Il faut être très vigilant car les réservoirs de virus (les singes) sont présents ainsi que l'insecte vecteur (*Aedes aegypti*). En Guyane le risque de fièvre jaune selvatique reste minime.

Mais là nous sommes très bien armés par le vaccin anti-amaril (souche Rockefeller), qui est pour la fièvre jaune la protection la plus efficace.

La dengue

En 1977 l'épidémie de dengue qui a sévi dans tout le bassin Caraïbes n'a pas épargné la Guyane.

Mais compte tenu du rôle exercé par l'Institut Pasteur de Guyane dans la lutte entreprise pour l'éradication du vecteur, là encore l'*Aedes aegypti*, les risques sont minimes pour le voyageur.

Nous en terminerons par les risques de Verminoses diverses.

L'Ankolostomose et l'Anguillulose existent en forte proportion et nous recommanderons aux touristes de ne pas marcher pieds nus, évitant de plus la contamination par les puces chiques (*Tunga penetrans*) et la Larva migrans.

La puce chique très caractéristique par le prurit qu'elle entraîne est très facile à extraire. On vient à bout en quelques jours d'une larva migrans par application d'une pommade à base de mintezol (Lab Merck Sharp et Dohme).

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Cayenne, Guyane Française.

Voici d'autres petits inconvénients dus aux multiples piqûres d'insectes entraînant un prurit qu'il faudra stoïquement éviter de gratter:

- La papillonnite: La Guyane est le pays des plus belles espèces de papillons mais une espèce est à fuir, celle dont les fines fléchettes qui recouvrent les ailes se déposent sur la peau entraînant une démangeaison qui disparaîtra au bout de quelques jours.
- Les piqûres d'Aoûtat (pous d'agouti)
- Protégez-vous aussi du soleil, de la

chaleur et méfiez-vous des excès de table en consommant des plats épicés avec circonspection.

Nous venons de vous exposer que tout voyage en pays exotique comporte un risque de maladies inhabituelles. Cependant rassurez-vous, ce risque peut être dans la plupart des cas prévenu soit par la vaccination, soit pas une chimioprophylaxie, soit par l'hygiène:

- vaccination anti-amarile
- chimioprophylaxie pour le paludisme à condition d'être faite cor-

rectement, cela veut dire qu'elle doit commencer le jour du départ et se poursuivre au moins 6 semaines après le retour;

- protection contre les piqûres d'insectes par l'emploi d'insectifuges.
- Au retour, si vous tombez malade, n'oubliez pas de signaler à votre médecin votre séjour en terre lointaine. Vous pourriez faciliter son diagnostic ou lui permettre de se renseigner auprès d'un service spécialisé.

Et maintenant
bon voyage!

Les maladies transmissibles sexuellement en Martinique

Michelle Constant-Desportes⁽¹⁾

Après avoir situé la Martinique au plan géo-politique et touristique, l'auteur explique comment sont structurés les services diagnostiques et

1) C.H. de Fort-de-France, Martinique.

thérapeutiques aux fins de traitements des M.T.S. Elle brosse ensuite un tableau des différentes affections couvrant les tréponématoses (syphilis et pian), la gonococcie, les trichomonases, le chancre mou, la donovanose et la lymphogranulomatose vénérienne. Elle termine en faisant

des suggestions pratiques visant à améliorer l'efficacité du dépistage, la précision du diagnostic, le traitement immédiat et le suivi ultérieur.

Médecine et société à la Martinique

Michel Yoyo⁽¹⁾

Dans cet article sont étudiées les relations entre la société martiniquaise et la médecine qui s'y pratique.

La société martiniquaise, qui est une société de peuplement

1) M.D., Centre Hospitalier du Lamentin, Martinique.

comporte plusieurs éléments ethniques et est donc une société construite avec des intrications et une ambivalence culturelles particulièrement sensibles au niveau des croyances, des mythes et de l'imaginaire. C'est, de plus, une société en crise et en mutation, avec un conflit entre les traditions et l'innovation qui explique tout un procès de la modernisation, avec des

résistances, des transformations, en un mot des processus de réappropriation.

La pratique médicale influe-t-elle sur la société et les représentations à la Martinique, dans quelles conditions et suivants quelles perspectives?

Santé et société en France

Jean-Charles Sournia⁽¹⁾

Le système de soins français se caractérise par sa diversité. Sur l'ensemble des médecins, un tiers d'entre eux pratique d'une manière exclusivement libérale avec des honoraires à l'acte, un tiers est salarié, et un tiers participe aux deux régimes. De la même façon plusieurs catégories d'établissements de soins privés coexistent avec les hôpitaux publics. Le malade est très attaché à la possibilité de choisir librement son médecin et son hôpital, et les organismes de Sécurité Sociale le remboursent de la même façon dans tous les cas.

Toute la population est ouverte par un système d'assurance-maladie qui prend en charge à 75%, par remboursement à l'assuré, les frais de consultations médicales, les médicaments, les soins de toute nature, les hospitalisations. Le remboursement est de 100% pour les maladies graves ou les dépenses importantes.

Ce système a été construit progressivement en 150 ans. L'amélioration de la santé et de la protection sociale a accompagné le développement économique, elle y a contribué et en a bénéficié. L'expansion

économique des années 1960 a permis d'instaurer dans le pays une bonne santé presque généralisée, une protection sanitaire pour tous, avec des professions de santé, d'effectifs pléthoriques et généralement bien rémunérés, utilisant dans les hôpitaux bien équipés les derniers progrès de la Science.

Les difficultés économiques que connaissent les pays industrialisés poussent aujourd'hui à réfléchir sur le coût d'un tel système de soins.

En effet en France l'Assurance-Maladie a pris son origine dans le monde du travail; elle est financée par des cotisations versées par les employeurs et par les salariés, elle pèse donc sur les coûts de production des entreprises. Les dépenses de soins ne peuvent croître au-delà d'une certaine limite, sous peine de freiner le développement économique du pays.

Ces liens entre santé et économie nationale sont nouveaux dans nos sociétés.

Lorsque, comme en France, le financement des soins est basé sur les salaires, aucune corrélation n'existe entre les recettes et les dépenses. Puisque les recettes ne peuvent croître indéfiniment, c'est la maîtrise de la croissance des dépenses qui préoccupe le Gouvernement.

La rémunération des professions de santé et les coûts des four-

nitures ne peuvent être réglés par l'autorité que dans une certaine limite.

L'évaluation quantitative et qualitative des soins devrait limiter ceux-ci aux prescriptions et aux actes médicaux indispensables, efficaces, et réellement nécessaires au bien du malade. Ce contrôle technique n'en est encore qu'à sa phase expérimentale.

La demande de soins exprimée par le public est à l'origine de toute dépense. Le système de couverture dont il bénéficie depuis 30 ans a fait disparaître dans ce domaine la notion de responsabilité, les soins lui sont dûs, la bonne santé lui apparaît comme un droit fondamental que la collectivité doit lui assurer.

Cette mentalité apparaît clairement dans son attitude à l'égard de la prévention, dont le développement est considéré (sans doute avec naïveté) comme devant diminuer les dépenses de soins. En réalité la population est peu disposée à éviter les maladies dues aux excès d'alcool, à l'abus du tabac, à la mauvaise alimentation, à la vitesse trop rapide sur la route.

Une action efficace sur la croissance des dépenses doit être recherchée par des mesures administratives et financières, mais aussi par l'éducation de nouvelles mentalités du public, des soignants et des gestionnaires.

1) Professeur: Directeur général de la Santé. Ministère de la Santé, France.

La médecine traditionnelle et sa place dans le système de santé en République Populaire du Bénin

Christophe Adjolohoun⁽¹⁾

La médecine traditionnelle peut se définir comme l'ensemble des connaissances, méthodes et pratiques qui se réfèrent au fondement socio-culturel d'une société ou collectivité donnée, pour maintenir ou rétablir "un état dynamique d'équilibre entre l'individu, son entourage humain, son environnement matériel (CIE)" et métaphysique.

Elle est vieille comme le monde, elle existe dans tous les pays et dans tous les temps avec un cachet propre à la réalité socio-culturelle locale.

Nos ancêtres, plus directement en contact avec la nature découvraient les vertus médicinales de certaines plantes, soit spontanément, soit en conversant avec les esprits, les génies et les morts au cours des rêves ou des parties de chasse, soit encore en observant le comportement des animaux envers le monde végétal.

Ils interprétaient la maladie davantage comme une manifestation de la colère des dieux ou comme la conséquence d'une rupture avec les ancêtres morts et avec la tribu par violation d'un interdit moral, social ou religieux. C'est pourquoi l'art traditionnel de guérir est imprégné de spiritualisme et d'ésotérisme.

Chaque drogue est un complexe de recettes dont le mécanisme réel d'action biologique n'est pas toujours facile à explorer et à identifier.

La médecine traditionnelle qui a droit de cité dans les régions reculées et dans les populations pauvres permet de se soigner à moindre frais.

Sa vulgarisation a toujours été un problème, car en général les grands initiés n'en livrent le secret que difficilement, à quelques personnes ayant leur confiance.

Il est nécessaire d'établir avec eux un dialogue franc, par un contact humain, empreint de tout le tact nécessaire pour une meilleure politique de médecine de masse et pour une bonne contribution au progrès de la science médicale dans le monde.

Le colonisateur, imbu de sa science et de sa civilisation, passionné d'établir son hégémonie sur tout et partout, combattait systématiquement nos valeurs au lieu de chercher à les comprendre pour mieux les rentabiliser.

Mais nos guérisseurs ont continué à oeuvrer dans la clandestinité. Ceci les a rendus méfiants jusqu'à ces dernières années.

Leur compétence couvre tous les domaines courants de l'art médical: En traumatologie ces praticiens réussissent bien le traitement de certaines fractures. En gynécologie — obstétrique, ils remportent des succès indéniables, notamment dans la stérilité et certaines dystocies. En psychiatrie ils réalisent des merveilles. Par ailleurs ils luttent efficacement contre la drépanocytose, l'hypertension artérielle, le diabète, les hépatites, la tuberculose, la lèpre, la syphilis, etc... pour ne citer que quelques maladies ou fléaux qui pèsent plus lourdement sur les 88% de la population et que les infrastructures sanitaires modernes inadaptées, insuffisantes et trop coûteuses n'arrivent pas à atteindre du tout ou inefficacement.

C'est pourquoi au lendemain de notre révolution populaire et démocratique du 26 octobre 1972, le Chef de l'État, le Président Mathieu Kerekou, définissant dans son historique discours-programme du 30 novembre 1972, notre nouvelle politique dans le domaine de la Santé disait notamment:

"Associer Médecine Moderne et Médecine Traditionnelle pour le bien-être de nos masses populaires et pour le progrès de la Pratique Médicale au Bénin, en reconnaissant l'importance de notre pharmacopée".

Depuis ce temps, des séminaires nationaux, régionaux et internationaux se succèdent sur le sol béninois dans le but:

- de promouvoir le dialogue entre guérisseurs traditionnels et médecins modernes pour un enrichissement réciproque et une collaboration étroite;

- de redonner confiance aux guérisseurs traditionnels tout en les amenant à reconnaître les limites de leur compétence;

- de les organiser sur le terrain et de leur prêter main forte;
- de donner souffle à l'approche de l'étude scientifique du patrimoine traditionnel chez nous, etc...

Tout le personnel de la Santé, les biologistes, chimistes, sociologues, chercheurs de tous ordres sont invités à entrer en contact direct avec les guérisseurs dans leur milieu habituel; et les masses populaires sont mobilisées en permanence pour porter témoignage sur les vrais guérisseurs qui les soignent effectivement.

934 guérisseurs sont ainsi déjà identifiés globalement: généralistes et spécialistes, et l'effort de recensement continue. On estime à plus de 5 000 le nombre de praticiens traditionnels sur toute l'étendue du territoire béninois, contre 130 médecins modernes pour une population de 3,200,000 habitants.

1) D.A.R.O.P.C., Ministère de la Santé Publique, Cotonou, R.P.B.

Vieillesse, longévité, sénescence

Jean-Pierre Junod⁽¹⁾

Le vieillissement humain est une vérité qui dérange. Ce phénomène nous oblige à penser aux autres qui ont besoin de nous ainsi qu'à nous lorsque nous aurons besoin des autres. Le vieillissement est aussi une vérité qui inquiète tant par sa forme que par sa dimension. En 1970, notre planète comptait 26 millions d'individus âgés de 80 ans et plus. Dans 20 ans, les pays du Tiers-Monde à eux seuls compteront ce nombre-là de grands vieillards!

Le vieillissement est une vérité qui stimule pour peu que nous acceptions d'en repenser honnêtement certains principes.

La maladie gériatrique est souvent découverte trop tardivement. Les manifestations cliniques pourtant présentes sont volontiers attribuées à la seule sénescence. Il y a place en gériatrie pour une démarche préventive fondée sur la détection précoce de certains troubles accessibles à la thérapeutique.

1) Professeur, Genève,

Suisse.

L'anamnèse consiste à savoir ce dont souffre le malade ainsi qu'à percevoir ce qui pourrait encore lui donner envie de mettre à profit une éventuelle amélioration.

Les plaintes du sujet âgé diffèrent parfois de celles de l'adulte car la symptomatologie peut être:

- décapitée (infarctus évoluant sans douleur par exemple);
- déviée (infarctus manifesté par un état confusionnel par exemple);
- effacée (les troubles de la mémoire sont plus fréquents au-delà de 80 ans);
- suggérée (quel langage sommes-nous disposés à entendre?).

L'examen clinique nous rappelle que:

- la vieillesse n'explique rien à priori;
- la vieillesse complique souvent le tableau clinique.

Les examens para-cliniques peuvent égarer le médecin lorsqu'ils ne sont pas demandés dans une optique cohérente. Toutefois, quelques examens systématiques apparaissent particulièrement payants en gériatrie.

Le diagnostic doit être d'ordre:

- médical,

- psychologique et psychiatrique,
- fonctionnel,
- social.

La thérapeutique s'inscrit dans une véritable stratégie visant à séparer ce qui est essentiel de ce qui est secondaire. L'habituelle polypathologie ne permet pas de tout traiter à la fois. La place accordée aux traitements non médicamenteux est loin d'être négligeable. Toute thérapeutique doit être adaptée au grand âge et régulièrement reconsidérée dans son ensemble.

Le pronostic est souvent déroutant. L'évolution doit être suivie de près et sans cesse reconsidérée car certaines étiquettes domestiques tuent davantage par leur permanence que par la réalité qu'elles entendaient exprimer!

Le gériatre ne diffère guère de ses confrères. Comme eux, il tente de poser un diagnostic et de prescrire un traitement. Toutefois, la nature des demandes qui lui sont adressées l'oblige à toujours vouloir plus qu'il ne sait. Ceci fait de la gériatrie une médecine intégrée au sens large du terme.

Les mécanismes cellulaires du vieillissement: études génétiques en culture de tissu

Serge B. Mélançon⁽¹⁾

L'enfance est cette période de la vie durant laquelle l'individu vieillit le plus rapidement si l'on considère tous les changements physiologiques, psychologiques et

structuraux qui s'opèrent dans son organisme. Serait-ce la raison qui porte certains pédiatres à s'intéresser au vieillissement? Pas uniquement, puisqu'il existe dans la sphère pédiatrique un certain nombre d'entités cliniques reproduisant à un rythme accéléré les modifications rencontrées normalement à un âge plus avancé et qu'on appelle le vieillissement.

Il existe deux grandes théories quant à l'origine du vieillisse-

ment cellulaire. La première considère la sénescence comme un événement programmé génétiquement, soit consécutif à l'expression de gènes spécifiques du vieillissement, soit par épuisement de l'information génétique utilisable. La seconde théorie favorise un dommage progressif et cumulatif aux organelles intra-cellulaires ou l'occurrence d'erreurs dans les médiateurs protéiques de l'information comme sources probables du vieillissement.

1) M.D., F.C.C.M.G., professeur agrégé, département de pédiatrie, U. de Montréal.

Du vieillissement: mécanismes de défense

G. Gingras⁽¹⁾

Les statistiques intéressantes les personnes âgées sont impressionnantes. Elles le sont davantage si l'on considère les membres du groupe de 75 ans et plus. Leur nombre augmente avec l'âge. Ce sont ces personnes qui sont les plus susceptibles de faire appel, maintenant et plus tard, aux services de santé et de bien-être.

Le médecin qui se consacre aux soins dispensés aux personnes âgées le fera s'il en a la vocation; sinon, il vaudra mieux qu'il s'oriente vers un autre champ d'action.

La connaissance de la gériatrie doit inclure l'analyse de la personnalité, du comportement, de la structure et des relations familiales, de la situation de fortune et de l'habitation. La thérapeutique qui se confine uniquement aux maux physiques s'avère inacceptable.

Les séjours des personnes âgées dans les hôpitaux sont fréquents. De plus, le degré d'urgence des soins dispensés varie considérable-

ment. Il devrait donc exister plus de flexibilité permettant l'admission immédiate d'un citoyen senior en phase aiguë à l'hôpital de même qu'au besoin, son transfert dans un foyer, un centre de réadaptation ou une maison d'hébergement.

Il existe une pénurie de professionnels dans le domaine de la gériatrie. Cet état de chose tient en partie au manque d'intérêt observé chez ces mêmes professionnels de la santé à l'endroit de la gériatrie et des affections chroniques.

Le panorama biologique, social, économique, psychologique et pathologique de la vieillesse pose un immense défi aux professions de la santé. En effet il n'est pas facile d'expliquer tous les phénomènes liés au vieillissement et à la mort. Nous savons que les conséquences du vieillissement varient d'un individu à l'autre. Nous savons également que la détérioration fonctionnelle entraîne un retard de l'homoéostasie et une fragilité accrue devant le stress. Ceci explique, en partie, les crises soudaines qui souvent terrassent les gens âgés.

Il est grand temps d'élaborer une politique de la vieillesse au sein de notre société contem-

poraine. Il faut également apprendre à la jeunesse que vieillir est un processus naturel. Il importe aussi que la gériatrie — et la gérontologie — occupent une position d'importance au sein des curriculum de nos facultés de médecine.

Les problèmes de la population âgée posent également un défi de taille aux pouvoirs publics. On devra dès maintenant mettre l'accent sur le contrôle et la prévention plutôt que sur la seule guérison. Il importe aussi de créer des cliniques de consultation gériatrique spécialisées dans les hôpitaux.

Les observateurs auront noté l'intérêt assez récent et accru des politiciens à l'endroit des citoyens seniors. On aura noté en effet une escalade de l'âge de la retraite aux États-Unis. Il est fort possible que le Canada suive bientôt cet exemple. Il le faudra, j'en suis certain et ce, pour des raisons économiques. En attendant, bon nombre parmi ceux qui croyaient avoir sagement étayé leur avenir sont aux prises avec l'inflation galopante et des perspectives de misère.

1) C.C., M.D., LL.D., DCL., F.R.C.P. (C). Chancelier de l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard.

Prospective sur l'homo senilis

Jean-Pierre Junod⁽¹⁾

Nous centrerons notre réflexion de gériatre sur un aspect bien particulier: celui de l'hospitalisation du vieillard malade. Nous chercherons ainsi à percevoir certaines voies nouvelles susceptibles de nous guider demain.

La prescription de l'hôpital en pratique gériatrique courante n'est guère différente de celle des autres thérapeutiques. Les effets secondaires d'erreurs éventuelles se traduisent par un taux élevé de décès et d'invalidité.

Tenter d'abord d'éviter l'hospitalisation en élargissant le champ de nos connaissances:

- chercher à connaître réellement les besoins essentiels du malade;
- connaître ses conditions de vie;
- connaître la structure et le fonctionnement des services publics et privés capables de favoriser le maintien à domicile.

Il faut éviter de réduire le malade à la dimension de ses seules maladies!

Ensuite, préparer l'hospitalisation

Il y a des hospitalisations urgentes mais toutes ne le sont pas. Il faut donc que le malade puisse percevoir son passage par l'hôpital davantage comme relais que comme rejet. Préparer l'hospitalisation, c'est en quelque sorte adapter l'efficacité médicale à la réalité de la vieillesse.

Divers facteurs au cours de l'avancement en âge menacent l'homéostasie. La diminution de la tolérance au stress du vieillard nécessite à elle seule de dicter au médecin un style d'action particulier. Pour convaincre efficacement, il faut s'astreindre à ne pas aller vite.

L'accueil hospitalier

Il ne suffit pas d'apposer une étiquette diagnostique correcte pour que le parcours hospitalier soit à coup sûr réussi. Il faut encore, et c'est là tout autre chose, parvenir à en rendre l'issue réellement désirable.

Le début du séjour hospitalier

Un service de gériatrie est une institution dont la vitalité se

manifeste moins par le nombre de malades alités que par ceux qui ne le sont pas. C'est d'abord par rapport à une *attente* qu'il convient de situer le degré de dépendance ou d'indépendance du malade accueilli. Cette attente est toujours réciproque.

Établissement du diagnostic

La globalité de l'approche gériatrique ne doit en aucun cas conduire à la superficialité. Le malade âgé et chronique n'est pas immobile, il avance tout simplement autrement pour se diriger ailleurs.

Évolution

La gériatrie ne doit pas saisir l'alibi de l'amélioration ou de la guérison pour se donner bonne conscience. Elle doit bien au contraire tenter d'assumer pleinement les conséquences sociales de sa démarche thérapeutique.

Peut-être bien que, tout compte fait, la gériatrie attend du vieillard malade qu'il aide la médecine dans son ensemble à se moins mal porter, qu'il l'aide à trouver une forme d'efficacité dépassant de beaucoup les actes techniques habituels.

1) Professeur, Genève, Suisse.

Réflexions sur la gériatrie

Roger R. Dufresne⁽¹⁾

La gérontologie et la gériatrie ne sont pas nées d'hier mais l'intérêt récent qu'elles suscitent pose à l'enseignement et à la pratique de la médecine un certain nombre de problèmes, et d'interpellations qu'il peut être intéressant de soumettre, dans leurs grandes lignes, dans le contexte de cette journée de réflexion consacrée au vieillissement.

Dans le domaine de l'enseignement aux étudiants en médecine et aux autres futurs professionnels de la santé, faut-il accorder du temps à la gérontologie et à la gériatrie?

En médecine, il faut donner certainement plus d'importance aux yeux des étudiants, à la dimension sénescence dans le cadre de l'évolution de l'être humain.

Commencé chez nous depuis 4 ans, dans le cadre du cours croissance et développement donné aux étudiants en médecine de 1^{ère} année, cet enseignement insiste sur les dimensions indissociables, biologique, psycho-émotionnelle et sociale du phénomène de la sénescence. Il s'agit de regrouper des notions éparses distribuées tout le long de l'enseignement des sciences pré-cliniques et d'y ajouter les autres dimensions mentionnées plus haut.

Dans le domaine clinique, est-il souhaitable, voire même nécessaire d'attirer l'attention, en les regroupant, sur un certain nombre de syndromes qui sont particuliers aux personnes âgées du moins dans leur forme chronique, par exemple la confusion, la démence, les chutes, l'incontinence, les perturbations de l'homéostasie et les maladies iatrogéniques et sur certaines particularités des manifestations et de l'évolution de la maladie chez les vieillards, vg les troubles de la sensibilité, les perturbations du contrôle de la température, etc...

Il faut aussi insister sur les habiletés cliniques particulières qu'il faut développer face au vieillard malade, les techniques du questionnaire et de l'examen physique, etc...

Il faut enfin se préoccuper

des attitudes que le futur médecin doit acquérir face au malade âgé; il doit avoir le souci du diagnostic précis, quelque soit l'âge du patient, et de la thérapeutique médicamenteuse prudente; le souci de la prise en charge globale et continue de la personne âgée, ce qui peut être autre chose que tout simplement la traiter; le souci de l'exploitation efficace des ressources de l'équipe thérapeutique indispensable où le médecin doit avoir sa place et respecter pleinement celles des autres.

L'étudiant doit être aussi pénétré de l'importance à donner à la réactivation, au maintien et à la récupération de l'autonomie et à la vraie qualité de la vie; de l'importance de toujours partir du potentiel qui demeure chez le malade âgé plutôt que de se laisser impressionner par ce qu'il a perdu.

L'étudiant doit comprendre à quel point le comportement des proches souvent encouragés par les professionnels, contribue à installer et à maintenir chez le vieillard la perte d'autonomie et la dépendance et comment cela se traduit éventuellement en énergie et en argent gaspillé et surtout en dommage psycho-émotionnel et physique chez le malade.

Tout ceci peut s'enseigner en théorie mais peut se démontrer beaucoup plus efficacement durant des stages cliniques; nous en offrons présentement en option en 2^{ème} année, en 4^{ème} année et durant la résidence en médecine de famille.

Ces stages se font à l'Hôpital d'Youville, un CHSP de 400 lits, affilié à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

L'Hôpital d'Youville possède son service de réadaptation à long terme, sa consultation externe et des activités d'évaluation et de surveillance à domicile.

Il serait souhaitable d'exposer tous les étudiants à ces expériences cliniques mais nos ressources sont insuffisantes présentement, même si nous avons recours à des collègues qui travaillent à temps plein en centres d'accueil.

Ce qui importe c'est d'exposer l'étudiant au «vécu» de la personne âgée non institutionnalisée, puisque ce groupe représente 90% des personnes âgées, et que c'est auprès d'elles qu'on peut mettre en oeuvre des mesures d'évaluation, de prévention et de surveillance continue indispensables, dont on peut alors

démontrer la valeur aux étudiants.

La question suivante est importante: qui doit parler aux étudiants des maladies des personnes âgées?

D'abord, chaque spécialiste dans son domaine; on doit cependant le sensibiliser à la dimension globale de la maladie et de l'invalidité chez la personne âgée et quelqu'un doit être responsable de ce processus de sensibilisation des enseignants et doit aussi accepter de regrouper les principales notions concernant la maladie chez les personnes âgées.

L'enseignement doit aussi se dispenser aux autres professionnels, infirmières, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, diététistes, orthophonistes et conseillers en pastorales, animateurs de loisirs, éducateurs physiques et administrateurs.

C'est ce que nous faisons à l'Hôpital et à l'Université de Sherbrooke au certificat de gérontologie qui en est à sa deuxième année présente-ment.

L'entourage immédiat du patient âgé doit participer à nos démarches d'évaluation de réadaptation; c'est une occasion de faire l'éducation du public et, plus important encore, de préparer à long terme le retour du patient dans son milieu.

La recherche en gérontologie se poursuit au Québec depuis quelques années, mais en gériatrie tout est à faire ou à peu près.

Autre défi majeur, celui de la pratique de la médecine auprès des personnes âgées: qui doit s'en charger? Les médecins de famille d'abord, indiscutablement et comme consultants les différents spécialistes de la médecine interne et de la chirurgie.

Autres personnes ressources indispensables à côté de ces praticiens: un petit nombre de collègues qui ont un intérêt particulier et acquis une compétence spéciale à propos des multiples dimensions des problèmes de la personne âgée valide ou malade et des interventions au niveau de l'organisation communautaire des services et des soins aux personnes âgées. Ces personnes ressources sont des gériatres.

Ajoutons que le praticien isolé est rapidement débordé par la composante sociale de la pathologie des personnes âgées.

1) M.D., Chef du département de médecine gériatrique, Hôpital d'Youville, Sherbrooke.

Ceci impose le recours à des réseaux d'établissements et de services.

Mais le réseau existe-t-il partout à l'heure actuelle?

Y a-t-il coordination entre les différents établissements, les organismes et les praticiens présents?

Il faut hélas répondre que tout, ou presque tout, reste à faire sur ce point et que cela constitue le défi majeur de la gériatrie québécoise, avec celui de la formation et de l'éducation des professionnels et de la population.

Soulignons enfin, l'obligation qui nous incombe de faire très rapidement des choix sur les moyens à

prendre, les ressources à développer et l'éducation à faire pour assurer à ceux qui y ont droit non seulement une longévité accrue mais une qualité de vie qui rende, dans le plus grand nombre de cas possible, cette longévité supportable.

Otitites moyennes aiguës à répétition

Philippe A.M. Bernard⁽¹⁾

L'otite moyenne aiguë ne présente pas en soi un problème pathologique bien grand et guérit en général rapidement sous l'influence d'un traitement antibiotique bien conduit.

Il arrive pourtant que cette otite récidive surtout chez le jeune enfant, laissant les parents exaspérés et le médecin perplexe. Le but de ce travail est d'identifier les causes de la récidive et de proposer un plan thérapeutique.

Une otite à répétition survient en règle trois fois ou plus par an, à l'occasion d'une poussée inflammatoire des voies respiratoires supérieures. Dans d'autres cas, c'est une otite aiguë qui se calme pendant le traitement antibiotique pour resurgir de nouveau deux à trois semaines plus tard. Ces récurrences frappent dans 70% des cas l'enfant entre 3 et 6 ans, dans 20% l'enfant entre 1 et 3 ans, les 10% restant étant distribués entre 6 et 20 ans.

Les symptômes cliniques de la poussée aiguë n'ont rien de particulier par rapport à l'otite moyenne aiguë isolée. Entre les crises, on remarquera que l'enfant porte assez souvent ses mains aux oreilles, qu'il est parfois réveillé la nuit par une otalgie brutale et éphémère. S'il peut s'exprimer, il décrira volontiers des sensations de craquements, des périodes de surdité transitoire. Enfin, une mauvaise audition sera remarquée par les parents ou les professeurs (mauvaise performance scolaire).

Identifier la cause de la récidive commence d'abord par l'interrogatoire soigneux des parents, puis par un examen du rhino et de l'oropharynx. Des muqueuses congestives avec hypertrophie des follicules pharyngés, des piliers amygdaliens rouges, un nez encombré de croûtes font penser à un environnement climatique inadéquat. L'air sec et électrisé des maisons est le résultat des systèmes de chauffage employés dans les pays froids, ou de l'usage des

climatiseurs dans les pays chauds. À l'inverse, la notion d'allergie familiale reconnue, des muqueuses violacées, un écoulement nasal persistant, une langue irrégulièrement colorée orientent vers un terrain allergique.

L'otoscopie est un geste essentiel. Elle doit être faite sur un enfant correctement immobilisé et de préférence avec un appareil optique grossissant. Le conduit auditif est complètement nettoyé soit avec une curette manipulée doucement (en commençant toujours par les parties supérieures et antérieures du conduit), soit avec un aspirateur. Éviter toujours d'appuyer afin de ne pas faire saigner. Si un bouchon de cérumen s'avère difficile à ôter, il faut l'amollir. Nous déconseillons personnellement l'emploi de céruminolytiques à base d'oléate de triéthanolamine, générateurs d'allergies parfois sévères. Mieux vaut prescrire soit des solutions type Auralgan, soit encore des produits mouillants utilisés pour les verres de contact, pendant une semaine à raison de quatre gouttes trois fois par jour.

1er Type d'observation: il existe une anomalie tympanique

Plusieurs aspects peuvent se rencontrer:

— Le tympan est globalement mat et jaunâtre, peu vascularisé, légèrement rétracté. Il s'agit d'une "glue ear", forme la plus sévère de l'otite séreuse pouvant aboutir à la formation de fibrose et une surdité ultérieure définitive.

— Le tympan est strié de vaisseaux qui rayonnent à partir de l'extrémité du manche du marteau. Il peut être bombé ou déprimé avec formation de bulles rétrotympaniques selon la quantité du liquide présent. Il s'agit de l'otite séreuse habituelle.

— Le tympan est fortement rétracté, attirant le manche du marteau en profondeur. Il s'agit d'une absence de ventilation par la trompe d'Eustache (arrêt du tapis ciliaire ou oedème inflammatoire de la muqueuse tubaire beaucoup plus qu'hypertrophie des végétations adénoïdes).

La tympanométrie, si elle est faite, confirme la perte d'élasticité du tympan (tracé plat) ou la présence de pressions négatives dans l'oreille moyenne. Il existe en général une surdité de transmission légère (10-20%) ou modérée (30-40%).

Le plan thérapeutique se divise en plusieurs agressions:

1. Dans tous les cas, si un substratum allergique est suspecté, on améliorera les chances de guérison en prescrivant un antihistaminique soit seul, soit associé à un décongestionnant s'il existe une rhinite exsudative associée. Notons que l'action des décongestifs sur la trompe d'Eustache n'a jamais pu être prouvée. Nous utilisons:

Le chlorhydrate d'hydroxyzine: 10 mg chez l'enfant de moins de 3 ans, 20 mg plus tard en une seule dose au coucher.

Le chlorhydrate de prométhazine, aux mêmes doses, mais administré pendant la journée.

L'association phénylphrine + diphenylpyroline: 10 à 20 mg en deux doses journalières s'il existe un écoulement nasal.

2. On essaye en même temps de traiter l'otite séreuse en tenant compte du fait que le primum movens est très souvent d'origine bactérienne. Il est raisonnable d'essayer un nouveau traitement antibactérien pendant 20 jours. L'expérience clinique prouve que l'amoxicilline (50 mg/kg/j) reste le meilleur choix.

3. Si l'otite récidive malgré tout, il faut pratiquer un geste local: l'otite séreuse banale sera simplement aspirée après désinfection soigneuse du conduit. La ponction est indolore si l'on pratique une anesthésie topique du tympan (20 mg de lidocaïne en jet laissés en place pendant deux minutes). Le liquide est recueilli dans un flacon stérile et immédiatementensemencé. Une coloration de gram devrait être faite immédiatement. Si le gram ne colore ni bactéries ni polynucleaires, on se contente de cette aspiration en attendant le résultat des cultures. Si une flore microbienne est décelée, on recommence le même traitement jusqu'à l'obtention des cultures. Le schéma thérapeutique va se modifier alors:

• devant un *hemophilus influenzae* résistant à l'ampicilline, on passe à l'association triméthoprim + sulfaméthoxazole (TMP = 8 mg/kg/j, SMX = 40 mg/kg/j) de préférence au chloramphénicol (5 mg/kg/j) en raison des risques toujours possibles d'aplasie médullaire.

• devant un *staphylococcus aureus*: cloxacilline 50 mg/kg/j.

La «glue ear», en raison du danger réel de passage à l'otite

1) M.D., (Lyon), Assistant professeur, C.H.U. Laval, Québec.

fibreuse fibro-adhésive, la forte rétraction tympanique en raison du risque de formation d'un cholestéatome constituent de bonnes indications de mise en place d'un aérateur tympanique. Le rôle de ce tube est d'aérer la caisse du tympan et non de drainer une collection liquidienne. Il nécessite néanmoins des précautions d'hygiène précises (boule d'ouate imprégnée d'huile de vaseline au cours des lavages de la tête, interdiction des bains en piscine) afin d'éviter une surinfection par un germe «extérieur» (*pseudomonas*, *proteus*, etc...). Il doit rester en place en général six mois.

L'otite séreuse de ce type peut récidiver, mais on ne devrait pas mettre en place d'aérateurs tympaniques plus de trois fois (risque de perforation persistante). Si l'otite récidive malgré tout, un examen radiologique des mastoïdes dépistera rarement une ostéite. La mastoïdectomie conservatrice peut être nécessaire dans des cas précis pour stopper la maladie (poches encloses de «glue ear» bloquées dans les cellules antro-mastoïdiennes).

2ème Type d'observation: le tympan est normal en dehors des poussées aiguës

On remarque seulement des cicatrices blanchâtres témoins des infections passées, ou un livret inflammatoire autour du manche du marteau. La cause des récurrences est «générale».

L'anémie ferriprive ou la carence en fer simple n'est pas rare. En dehors des otites récidivantes du très jeune enfant, elle provient souvent d'un déséquilibre alimentaire. Il faut prescrire sulfate ferreux: 75 à 300 mg/j selon l'âge.

Une hypogammaglobulinémie nécessite parfois une thérapeutique active compensatrice. Les poussées infectieuses sont chaque fois traitées médicalement.

Une allergie franche est minimisée par la prescription d'antihistaminiques. Une désensibilisation spécifique est entreprise chez le grand enfant. Il faut éloigner tous les facteurs allergisants connus (oreillers en plumes, animaux en peluche, tapis de sol, animaux domestiques, etc...).

3ème Type d'observation

Malgré tout, environ 20% des otites échappent à ces schémas et certains ont tendance à se tourner vers des thérapeutiques telles l'adénoïdectomie et l'amygdalectomie, d'utilité très discutables. Nous préférons personnellement faire des cures prolongées de TMP + SMX aux doses citées plus haut.

Au total, l'otite moyenne aiguë récidivante demeure un problème préoccupant, non pas en raison des récurrences, mais en raison des complications possibles (otite adhésive de thérapeutique toujours aléatoire). Dans beaucoup de cas, moyennant un examen précis, on parvient à stopper l'évolution de la maladie.

Les sinusites chroniques

Philippe A.M. Bernard⁽¹⁾

L'inflammation chronique d'un ou de plusieurs sinus de la face pose un problème réel du fait du risque non négligeable de complications. Ces sinusites sont surtout fréquentes chez l'adulte.

1. Reconnaître une sinusite chronique est en général assez facile

- 1.1 Par les signes cliniques:
- douleur peu intense mais persistante au niveau de la région maxillaire ou frontale. Parfois céphalées temporales ou postérieures;

- cacosmie souvent présente, perçue par le malade comme un goût nauséabond et par l'entourage comme une haleine fétide;
- rhinorrhée purulente constante pour les sinusites maxillaires et ethmoïdales avec mouchage jaunâtre ou verdâtre, irritation du vestibule narinaire et obstruction nasale. Les sinusites frontales et sphénoïdales produisent volontiers une rhinorrhée postérieure obligeant le malade à déglutir ses sécrétions purulentes;
- les conjonctivites à répétition, l'iritis font presque toujours rechercher un foyer sinusien.

- 1.2 Par l'examen physique:
- La rhinoscopie antérieure doit être faite après mouchage. Si le pus encombre une fosse nasale, on le prélève pour examen bactériologique. Sinon, ce prélèvement est sans grande valeur. L'examen est souvent gêné par l'hypertrophie inflammatoire des cor-

nets inférieurs ou par une déviation septale. Il faut le reprendre après avoir laissé en place, pendant deux minutes, un tampon imprégné d'un décongestif nasal topique (chlorhydrate de naphazoline). On recherche une traînée de pus sous le cornet moyen (sinus maxillaire et ethmoïdal). La rhinoscopie postérieure recherche un écoulement purulent tapissant le rhino-pharynx. Souvent, on ne voit rien d'autre qu'une congestion diffuse.

- 1.3 Par l'examen radiologique:
- Celui-ci demeure l'examen clé. On utilise en règle trois incidences (front-plaque, nez-plaque et Hirtz) pour dégager les divers sinus. Cet examen radiologique démontre la réalité de la sinusite chronique sous forme d'une opacité et aide à rechercher la cause de la chronicité.

⁽¹⁾ M.D., (Lyon), Assistant professeur, C.H.U. Laval, Québec.

Trouver la raison de la chronicité est une démarche très difficile

La cause est parfois évidente lorsque l'on découvre une grosse déviation septale, une infection d'un apex dentaire ou chez l'enfant, une hypertrophie adénoïdienne obstruant la filière respiratoire (la radiographie des tissus mous du rhinopharynx montre l'ombre des végétations adénoïdes qui rejoint l'opacité du palais), ou un corps étranger nasal. Il en va de même pour les polypes nasales de l'allergique ou du patient souffrant d'une mucoviscidose.

La radiographie permet souvent un diagnostic étiologique: présence d'un kyste endo-sinusal, d'un mucocèle, fracture ancienne méconnue (surinfection de l'hématome intra-sinusal). Une érosion osseuse avec gommage des structures ou ostéolyse conduit à pratiquer des tomographies pour préciser la localisation des lésions. Il s'agit d'un ostéite que l'on confirme actuellement par une scintigraphie au diphosphonate de technétium ($Tc^{99}M$). Dans la majorité des cas, on ne voit rien d'autre qu'une opacité diffuse ou bien un épaississement irrégulier de la muqueuse.

Il importe alors de préciser les caractères du germe présent. Le prélèvement au méat sinusal est sans valeur réelle. Il faut le faire dans le sinus. La technique est très simple pour le massif ethmoïdomaxillaire chez l'adulte (la méthode est à utiliser avec grande prudence chez l'enfant). Après anesthésie topique soignée des cornets (pulvérisation de 30 à 40 mg de lidocaïne) une fine aiguille montée sur une seringue contenant 2 cm³ de sérum physiologique est introduite par le méat moyen. Le sérum est injecté puis aspiré. Le tout est immédiatementensemencé pour cultures aérobies et

anaérobies.

Le streptococcus pneumoniae est retrouvé dans environ 40% des cas, l'hemophilus influenzae dans 20% des cas de même que des anaérobies (20%) seuls ou associés à des aérobies (Carenfelt et coll., Acta Otolaryngol 86: 298-302, 1978). Les autres germes sont le plus souvent staphylococcus aureus responsable d'ostéite, pseudomonas aeruginosa (sinusite de piscine). Dans 10% des cas, les cultures demeurent stériles. Le prélèvement dans le sinus frontal nécessite une trépano-ponction à l'angle interne du sourcil. Le sinus sphénoïdal est plus difficilement accessible.

3. Planifier le traitement dépend de la cause retrouvée

3.1 La suppression de l'obstacle nasal qui obstrue le méat sinusal est très souvent efficace seule, ou aidée d'un traitement antibiotique.

3.2 La découverte d'une ostéite impose une thérapeutique beaucoup plus agressive. La sinusoscopie permet en général de différencier, en l'absence de signes endo-nasaux, une lésion infectieuse d'une néoplasie (biopsie). En cas de doute, une exploration chirurgicale s'impose. Le traitement consiste en une pénicillothérapie intra-veineuse pénicilline G sodique ou potassique, 2,000,000 I.V. toutes les trois heures pendant environ un mois. Un traitement chirurgical de drainage s'inscrit souvent pendant cette thérapeutique, il permet d'avoir une preuve bactériologique et histologique. Le traitement sera interrompu en fonction de l'amélioration des données de la scintigraphie.

3.3 Un kyste endo-sinusal ou une mucocèle ne trouvent guère qu'une solution opératoire.

3.4 C'est devant une infection isolée de la muqueuse qu'il faudra décider de la conduite à tenir:

— lors d'une sinusite chronique associée à une maladie bronchique (bronchiectasies, bronchite chronique + asthme), il est préférable de s'en tenir au traitement médical adapté au germe retrouvé;

— dans les autres cas, il faut traiter une muqueuse épaissie, hypertrophique et contenant des micro-abcès. Le traitement antibiotique seul est assez peu souvent efficace. On préfère irriguer le sinus responsable au moyen d'un cathéter laissé en place après une ponction. Le lavage s'effectue avec une solution de ClNa isotonique souvent suivi d'une injection d'un antibiotique local chloramphénicol ou aminoglycoside). Ces lavages sont répétés tous les trois jours pendant 15 jours. La guérison devrait en principe survenir. En cas d'échec, le sinus est alors largement ouvert sur la cavité nasale (opération de Caldwell Luc).

Les récidives persistantes nécessitent alors une sinusectomie qui enlève toute la muqueuse pathologique. La régénération de la muqueuse est favorisée par une greffe pédiculée. Pour les sinusites frontales récidivantes et chroniques, on ne pratique un traitement chirurgical que la main forcée. Cette opération consiste soit à aérer largement le sinus en recalibrant le canal naso-frontal, soit à l'exclure complètement (ablation de la muqueuse et comblement par de la graisse). Les sinusites sphénoïdales rebelles sont également traitées par un drainage chirurgical large.

Néanmoins, il faut reconnaître que malgré toutes ces thérapeutiques, les sinusites continuent parfois d'évoluer et qu'il peut persister des douleurs dues simplement à l'intervention. C'est pourquoi un traitement chirurgical ne doit être envisagé qu'après mûre réflexion.

Le traitement des diarrhées infectieuses de l'enfant en Guadeloupe

C. Berchel et H. Lorel⁽¹⁾

Les problèmes de traitement d'urgence et de traitement selon

1) Service de pédiatrie, C.H. de Pointe-à-Pitre, Guadeloupe.

l'étiologie des diarrhées aiguës de l'enfant sont schématiquement abordés, en fonction du contexte local.

Il convient de prendre en considération d'une part les conséquences de la malnutrition, lorsqu'elle

existe, d'autre part certaines difficultés de laboratoire; enfin le problème du coût du traitement.

La place de l'antibiothérapie et des traitements adjuvants symptomatiques est discutée.

Les pneumonies, approche clinique

Michel G. Bergeron⁽¹⁾

Le diagnostic clinique des infections pulmonaires repose sur la compétence du médecin de première ligne qui saura reconnaître les symptômes et les signes classiques ou mitigés de la pneumonie. De plus, le praticien devra recueillir les données épidémiologiques qui lui permettront d'initier une investigation adéquate. Afin de faciliter la tâche du clinicien, les pneumonies ont été classifiées en cinq catégories: 1. pneumonies associées à des infections des voies respiratoires supérieures; 2. pneumonies associées à des microorganismes «classiques»; 3. pneumonies associées à des conditions débilantes; 4. pneumonies associées à des infections systémiques; 5. pneumonies associées au type d'environnement. Grâce à cette approche, le médecin pourra plus facilement assimiler les données épidémiologiques, microbiologiques et radiologiques et les intégrer aux éléments cliniques qui sont essentiels au diagnostic de pneumonie.

1) M.D., F.R.C.P., professeur agrégé de microbiologie, C.H.U. Laval, Québec.

Les données relatives au capital humain
sont présentées au chapitre de ce rapport.

2001

Canada

Bank of Montreal

Bank of Nova Scotia

Bank of the North

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Bank of the West

Le traitement des diarrhées infectieuses de l'enfant en Guadeloupe

C. Bessière et H. Landu

Unité de pédiatrie de l'hôpital
maternité de la Guadeloupe

Service de pédiatrie
hôpital de la Guadeloupe

Service de pédiatrie de l'hôpital
maternité de la Guadeloupe

Service de pédiatrie de l'hôpital
maternité de la Guadeloupe

Service de pédiatrie de l'hôpital
maternité de la Guadeloupe

Service de pédiatrie de l'hôpital
maternité de la Guadeloupe

Les pneumonies, approche clinique

C. Bessière et H. Landu

Unité de pédiatrie de l'hôpital
maternité de la Guadeloupe

Service de pédiatrie
hôpital de la Guadeloupe

Service de pédiatrie de l'hôpital
maternité de la Guadeloupe

Service de pédiatrie de l'hôpital
maternité de la Guadeloupe

Service de pédiatrie de l'hôpital
maternité de la Guadeloupe

Service de pédiatrie de l'hôpital
maternité de la Guadeloupe

Service de pédiatrie de l'hôpital
maternité de la Guadeloupe

Service de pédiatrie de l'hôpital
maternité de la Guadeloupe

Service de pédiatrie de l'hôpital
maternité de la Guadeloupe

Service de pédiatrie de l'hôpital
maternité de la Guadeloupe

Service de pédiatrie de l'hôpital
maternité de la Guadeloupe

Service de pédiatrie de l'hôpital
maternité de la Guadeloupe

Nous désirons remercier les sociétés suivantes
qui ont participé au succès de ce congrès:

Air Canada
Assurances Ste-Marie Inc.
Banque Canadienne Nationale
Banque Provinciale du Canada
Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée
Burroughs Wellcome Ltd.
Ciba
Compagnie d'Assurance American Home
Culinar
Energie Atomique du Canada Limitée
Frank W. Horner Ltée
Hoffmann LaRoche Limitée
Jacques Lauzon et Associés Ltée
Laboratoires Anca
Laboratoires Endo
McLeod Young Meir Limitée
Poulenc Limitée
Reed and Carwick
Sandoz (Canada) Ltée
Servier Canada Ltée
Smith, Kline & French
Wyeth Limitée

