

2 - CONSIDERATIONS GÉNÉRALES

À l'occasion de la Fête Nationale du 14 Juillet 1954, les autorités de la RÉPUBLIQUE POPULAIRE DU VIETNAM ont libéré, à titre collectif et par voie d'échange, un certain nombre de prisonniers de guerre.

P R E M I E R E   P A R T I E

Le 30 Juillet 1954, un contingent a été libéré, dans les mêmes conditions. Au total : 5 25 hommes ont été relâchés.

o o o

Enfin, le 14 Août 1954, ont cessé les opérations qui

ETAT SANITAIRE DES PRISONNIERS LIBERES

Le bilan de santé des prisonniers libérés sous l'égide des soins.



Les opérations d'échange se sont déroulées dans les groupes suivants :

- 111-111 - (camp de Hanoi)
- 222-222 - (camp de Hanoi-Hanoi et de Laos)
- 333-333 - (camp de Centre Viet-Nam)
- 444-444 - (Camp Viet-Nam) (1)

1.011 prisonniers ont été ainsi libérés entre le 15 Juillet 1954 et le 20 Octobre 1954.



(1) Une centaine seulement de prisonniers ont été relâchés dans le Sud-Vietnam; deux autres Français.

A. - CONSIDERATIONS GENERALES.

A l'occasion de la Fête Nationale du 14 Juillet 1954, les autorités de la REPUBLIQUE POPULAIRE DU VIETNAM ont libéré, à titre sanitaire et par voie d'échange, un certain nombre de prisonniers de guerre.

Le 30 Juillet 1954, un deuxième contingent a été libéré, dans les mêmes conditions. Au total : 698 hommes ont été restitués.

Enfin, le 18 Août 1954, ont commencé les opérations qui, aux termes des accords de GENEVE, devaient amener la libération du reliquat des prisonniers détenus dans l'ensemble des camps.

Ces opérations d'échange se sont déroulées dans les Centres suivants :

- V I E - T R I - (camps du Tonkin)
- S A M - S O N - (camps du Nord-Annam et du Laos)
- Q U I - N H O N - (camps du Centre Viet-Nam)
- B I E N - H O A - (Sud Viet-Nam) (1)

10.753 prisonniers ont été ainsi libérés entre le 15 Juillet 1954 et le 20 Octobre 1954.

(1) Une centaine seulement de prisonniers ont été rendus dans le Sud-Vietnam, dont quatre Français.

Par suite des dispositions prises, il n'a pas été possible d'effectuer sur place d'opérations médicales vraies. Les prisonniers libérés ont dû être transportés vers un CENTRE MEDICAL, un Hôpital doté d'une organisation adéquate et de moyens en personnel et matériel permettant d'effectuer des examens médicaux valables.

Ce transfert s'est effectué de façon variable :

- de VIE-TRI sur HANOI (Hôpital de Lanessan) :  
par voie fluviale d'abord,  
par la route ensuite;
- de SAM-SON sur HAIPHONG (Hôpital Ciais) :  
par voie maritime et fluviale;
- de QUI-NHON sur NHATRANG (Hôpital N°Guyen, Hué) :  
par voie aérienne.

Des équipes médicales, comprenant : Médecin, Infirmières, Assistantes Sociales, ont pris en charge les intéressés dès leur remise aux autorités françaises et ont assuré, au cours du transport, les soins d'urgence possibles dans de telles conditions et une alimentation appropriée à leur état.

A l'arrivée au CENTRE MEDICAL, les dispositions suivantes ont été prises :

- 1.) Identification par le Commandement.
- 2.) Buffet et rafraîchissements.
- 3.) Examen médical.

Cet examen comprenait :

- a) la pesée immédiate pour tous les valides;
- b) un interrogatoire sur les troubles présentés en captivité et au moment de la libération;
- c) un examen clinique orienté vers le dépistage des grandes affections organiques;
- d) un examen radioscopique ou radiophotographique thoracique.

4.) Il était sanctionné par une catégorisation :

- 1. - Hospitalisation -catégorie "grave"
- 2. - Hospitalisation -catégorie "petit  
malade"
- 3. - Remise au Commandement et envoi en  
Centre d'Accueil.

---

6 . 1 3 2 prisonniers ont été ainsi hospitalisés à leur libération, soit 57 %.

---

Pour éviter l'encombrement hospitalier, le séjour a été réduit au maximum dans les Hôpitaux Primaires et la ventilation a été réalisée par :

- a) la sortie vers les Centres d'Accueil ou les Compagnies de Passage;
- b) l'évacuation sur les formations sanitaires de l' "arrière" : DALAT - SAIGON - par voie aérienne.

A SAIGON, la répartition s'est faite de la façon suivante :

<u>OFFICIERS</u> .....	{	Médicaux : Hôpital GRALL
		Chirurgicaux : Hôpital LE FLEM
<u>SOUS-OFFICIERS</u> & <u>TROUPE</u> ....	{	Hôpital MEDECIN GENERAL ROQUES
		et accessoirement:
		Hôpital NOUAILLE DEGORCE
		occasionnellement :
		CENTRE MEDICAL N° 2

Un Service d'Accueil a été organisé dans ces Formations et a permis l'admission immédiate, dans d'excellentes conditions, de tous les malades évacués du Nord.

---

Au cours de ces hospitalisations, des examens cliniques approfondis ont été complétés par de nombreuses investigations paracliniques : examens radiologiques, examens parasitologiques répétés des selles, hémogrammes en série. La denture a été systématiquement examinée et remise en état, avec prothèse d'urgence dans quelques cas. Un examen oto-rhino-laryngologique a été pratiqué, ainsi qu'un examen ophtalmologique. Les prescriptions de verres jugés nécessaires ont donné lieu à la délivrance de lunettes dans des délais extrêmement courts.

---

Le fonctionnement, tant technique qu'administratif de ces Hôpitaux en face d'un afflux considérable de malades, s'est avéré très satisfaisant.

L'évacuation secondaire de SAIGON sur la FRANCE ou l'AFRIQUE DU NORD a été réalisée par voie maritime, par les NAVIRES-HOPITAUX S/S "HAVEN" et S/S "OREGON" et le Transport de Troupes S/S "PASTEUR" ; elle s'est effectuée sans incident.

Nous avons retenu bien souvent, contre leur gré, un grand nombre de malades qui se jugeaient en état de partir, mais, voulant éviter les accidents, soit de perniciosité palustre, soit de migration d'abcès hépatiques méconnus, nous avons différé aussi longtemps que cela nous a paru nécessaire, le rapatriement de tous les malades douteux ou dont le délai d'observation n'était pas suffisant.

A l'heure où est rédigé le présent rapport (20.11.54) :

1 6 6 ex-prisonniers sont encore hospitalisés,  
 dont 1 2 8 non originaires d'Indochine, en instance  
 de rapatriement,  
 et 3 8 Indochinois.

TABLEAU N° 1

ETAT DES LIGNES

	COMPAGNIES A PERSONNES FRANCAISES à la date du 30 Octobre 1954 (Depuis 1945)	LIGNES entre le 14/7/54 et le 20 octobre 1954 selon l'état de présent rapport
	- B . -	
<u>FRANCAIS</u>	<del>1.500</del>	2.200
<u>LEGER</u>	<del>1.500</del>	2.200
<u>DONNEES STATISTIQUES</u>		
<u>EUROPE - AFRIQUE</u>	<del>1.500</del>	2.200
<u>AFRIQUE</u>	<del>1.500</del>	700
<u>AMERIQUE</u>	<del>1.500</del>	1.400
<u>TOTAL</u>	<del>1.500</del>	2.200
<u>FINI SERVICE</u>	libérés depuis 1945, jusqu'en 14 juillet 1954	1.500

TABLEAU N° IETAT DES DISPARUS

	DISPARUS & PRESUMES PRISONNIERS à la date du 20 Octobre 1954 (Depuis 1945 )	LIBERES entre le 14.7.54 et le 20 Octobre 1954, faisant l'objet du présent rapport
FRANÇAIS	6 . 449	2 . 587
LEGI ON	6 . 328	2 . 567
NORD - AFRICAINS	6 . 695	3 . 369
AFRICAINS	1 . 748	796
AUTOCHTONES	15 . 759	1 . 435
<u>T O T A L</u>	<u>36 . 979</u>	<u>10 . 754</u>
<u>POUR MEMOIRE</u>	Libérés depuis 1945, jusqu'au 14 Juillet 1954	<u>4 . 744</u>



TABLEAU N° 2

## INCIDENCE HOSPITALIERE DE LA LIBERATION DES PRISONNIERS.

		LIBERES	HOSPITALISES	%	DECES	%
		depuis le 15.7.54				
OFFICIERS	Français	559	388			
	Indochinois	2 <sup>(1)</sup>	6	69,4		
SOUS-OFFICIERS	Français	911	576	63,22	8	0,87
	Légionnaires	316	225	71,2	3	0,94
	N.Africains	214	118	55,14		
	Africains	30	8	26,66		
	Indochinois	85	19	22,35		
TROUPE	Français	1.117	764	68,39	15	1,34
	Légionnaires	2.251	1.557	69,19	19	0,84
	N.Africains	3.155	1.929	61,14	16	0,50
	Africains	766	188	24,67		
	Indochinois	1.347	326	24,20		
CIVILS	Français	?	12			
	Indochinois	?	16			
TOTAL		10.753	6.132	57 %	61	0,6 %

(1) Les chiffres de la 1<sup>o</sup> colonne nous ont été transmis par le Service des Prisonniers de l' E.M.I.F.T.

TABLEAU N° 3

## REPARTITION R A C I A L E

## DES PRISONNIERS LIBERES HOSPITALISES

	<u>LIBERES</u>	<u>HOSPI- TALISES</u>	%	<u>DECES</u>	%
FRANÇAIS	2.587	1.728	66,79	23	0,80
LEGIONNAIRES	2.567	1.782	69,04	22	0,85
NORD-AFRICAINS	3.369	2.047	60,75	16	0,47
AFRICAINS	796	196	24,62		
INDOCHINOIS	1.435	351	24,45		
CIVILS :					
FRANÇAIS	Inconnu	12			
INDOCHINOIS	Inconnu	16			
<u>T O T A U X</u>	<u>10.753</u>	<u>6.132</u>		<u>61</u>	

COMMENTAIRES DU TABLEAU N° 3

Ce tableau, qui exprime la morbidité et la mortalité des prisonniers libérés, permet les constatations suivantes :

Un contraste extrêmement marqué entre la morbidité et la mortalité des Européens et Nord-Africains, d'une part, et celles des Africains et Indochinois d'autre part.

Pour les premiers : morbidité de 60,75 à 69,04 %  
mortalité de 0,47 à 0,80 %

Pour les seconds : morbidité inférieure à 25 %  
mortalité nulle.

Les plus affectés sont les légionnaires. Il semble que, pour essayer d'expliquer cela, il faille tenir compte de deux sortes d'arguments :

1.) le caractère propre au légionnaire, fait d'une certaine fierté, d'un incontestable mépris de la mort, d'une indifférence devant la maladie, qui le fait parfois négliger son état;

2.) les aryens blonds qui forment une importante partie des effectifs de la légion manifestent habituellement une nette fragilité vis-à-vis du paludisme et de l'amibiase. Dans les camps de prisonniers cette prédisposition a pu jouer de façon accrue.

Les Africains et les Indochinois, plus primitifs, mieux adaptés aux conditions de la captivité, ont infiniment moins souffert. Nous analyserons, dans les pages qui vont suivre, les raisons de cette différence fondamentale de comportement.

## TABLEAU N° 4

E T A T DES PRISONNIERS DE GUERRE LIBERESRAPATRIES SANITAIRES MEDICAUX27 Novembre 1954

<u>OFFICIERS</u>	Français	52
	Légionnaires	1
<u>SOUS - OFFICIERS</u>	Français	80
	Légionnaires	30
	Nord-Africains	14
	Africains	1
<u>TROUPE</u>	Français	126
	Légionnaires	298
	Nord-Africains	289
	Africains	5
<u>TOTAL</u>		<u>896</u>

TABLEAU N° 4bis

NOSOLOGIE DES RAPATRIES SANITAIRES

	FRANÇAIS	LEGION	NORD- AFRICAINS	AFRICAINS	TOTAL
AMIBIASE	65	99	71		235
POLYPARASITISME	2	1	3		6
ICTERES	11	4	4		19
TUBERCULOSE	8	18	21	1	48
TROUBLES PSYCHIQUES	2	2		1	5
OEDEMES & TROUBLES NUTRITIONNELS	25	41	10	1	77
CACHEXIES & GRANDS AMAIGRISSEMENTS	60	69	30	1	160
PALUDISME	54	69	116	1	240
MALADIES INFECTIEUSES	7	10	21		38
DIVERS	24	16	27	1	68
<u>TOTAL</u>	<u>258</u>	<u>329</u>	<u>303</u>	<u>6</u>	<u>896</u>

LISTE DES PRISONNIERS DE GUERRE LIBERES

DECEDES DANS LES FORMATIONS HOSPITALIERES

N°	NOMS & PRENOMS	DIAGNOSTICS RECTIFIES	ORIGINE de la CAPTURE
1	VALENTI Antoine	Péritonite par destruction colique chez un blessé du foie, paludéen viscéral et amibien.	Plateaux Montagnards du Sud
2	BAZERLI Damien	Cachexie extrême. Libéré agonique.	DIEN-BIEN- PHU
3	MAZZEI René	Etat infectieux aigu chez un cachectique. Lib.agonique.	-d°-
4	FASSIER Guy	Péritonite chez un cachec- tique.	-d°-
5	PICCININI Jean-Pierre	Paludisme chez un cachecti- que. Libéré agonique.	-d°-
6	LE FRANÇOIS Roger	Paludisme pernicieux. Libéré agonique.	-d°-
7	DORSCH Albert	Paludisme pernicieux. Libéré agonique.	-d°-
8	LE BOULEUX Claude	Paludisme pernicieux.	-d°-
9	MOISEL Walter	Cachexie extrême.	-d°-
10	VILLARD Jacques	Septico-pyohémie.	-d°-
11	DULAS Jules	Paludisme pernicieux.	-d°-
12	COUTTON Georges	Paludisme pernicieux.	-d°-
13	ABBES ben Larbi	Abcès du foie amibien. Abcès du poumon secondaire.	-d°-

N°	NOMS & PRENOMS	DIAGNOSTICS RECTIFIES	CAPTURE
14	MOHAMED Ben Bachir	Occlusion intestinale chez un carencé.	D.BIEN.PHU
15	LUITING Louis	Paratyphoïde C. Libéré agonique.	-d°-
16	NEUMANN Werner	Paludisme pernicieux. Libéré agonique.	-d°-
17	FOUDIL Marcel	Cachexie, dysentérie.	pas d'observa- tions; décédés à bord du S/S "SKAUGUM" entre SAM-SON & HAIPHONG
18	MARTIN André	Cachexie palustre. Diarrhée.	
19	GIMENEZ Raymond	Cachexie, toux	
20	BUFFARD Jacques	Cachexie paludéenne. Libéré agonique.	D.BIEN.PHU
21	WENTIS Emmanuel	-d°-	-d°-
22	GOHRK Kurt	-d°-	-d°-
23	DURAND Adolphe	Broncho-pneumonie. Palu- disme. Libéré agonique.	-d°-
24	DAGUEY Henri	Stéatose hépatique malnu- tritionnelle. Lib.agonique.	-d°-
25	PIERKNER Hanz	Broncho-pneumonie chez un paludéen viscéral.	-d°-
26	LYONNARD Charles	Oedèmes de carence chez un blessé du thorax.	-d°-
27	CHAILLOT Julien	Abcès du foie.	-d°-
28	LEGUERCHE Jean Louis	Colite nécrotique et palu- disme. Libéré agonique.	-d°-
29	ROUSTANT Paul	Cachexie paludéenne et carences. Libéré agonique.	-d°-
30	ANDROUSIANI Giovanni	Cachexie extrême. Libéré agonique.	-d°-

N°	NOMS & PRENOMS	DIAGNOSTICS RECTIFIES	CAPTURE
31	NIVAIGNE Joseph	Cachexie extrême. Paludisme	D. BIEN. PHU
32	L <sup>e</sup> HERRON Fernand	Cachexie carentielle. Libéré agonique.	-d°-
33	AMAR b. Mohamed	Paludisme pernicieux.	
34	REMEDIANI Joseph	Pneumonie chez un épuisé. Libéré agonique.	-d°-
35	MOHAMED b. Lahcen	-d°-	-d°-
36	CORMIER Pierre	Cachexie extrême.	-d°-
37	OUZEGANE Mohamed	Paludisme pernicieux	-d°-
38	MUNCH Heintz	Cachexie extrême.	-d°-
39	SIOUL Servais	Cachexie paludéenne.	-d°-
40	SCHULTS Herman	Pneumonie terminale chez un épuisé.	-d°-
41	LIVY Antonio	Colite nécrosante.	-d°-
42	AOMAR Ben Ali	Cachexie oedémateuse.	-d°-
43	BELARBI Larmi	Fièvre bilieuse hémoglo- binurique.	-d°-
44	SLOMOWSKI	Aucun renseignement n'a été donné.	
45	KADDOUR b. Brick	Encéphalite typhoïdique.	-d°-
46	WERNER Horst	Colite nécrosante.	-d°-
47	MOHAMED b. Djil.	Etat infectieux.	
48	MOHAMED ben Bouchta	Paludisme viscéral évolu- tif. Choc transfusionnel.	-d°-
49	CARLVER Jean	Colite nécrosante.	-d°-
50	SCHULTT K. Heinz	Cachexie extrême.	-d°-



N°	NOMS & PRENOMS	DIAGNOSTICS RECTIFIES	CAPTURE
51	MOHAMED b.Lahcen	Tuberculose pulmonaire.	
52	FAVREAU Robert	Cachexie carentielle.	D.B.PHU
53	CAUVELET J.P.	Cachexie extrême.	
54	KHOUIDRI Abder.	Colite nécrosante.	
55	ABBES b.Bouchta	Colite nécrosante.	-d°-
56	SALAH b.Ahmed	Occlusion intestinale.	-d°-
57	MOHAMED b.lahc.	Paludisme pernicioeux.	-d°-
58	MOULOUD b.Driss	Staphylococcémie.	-d°-
59	CHARPENTIER Raymond	Tuberculose pulmonaire. Oedèmes de carence.	-d°-
60	CRUCHET Hector	Cachexie extrême.	-d°-
61	SCHIELE Georges	Paratyphoïde C.	-d°-

C. - CONSIDERATIONS GENERALES SUR L'ETAT DES PRISONNIERS.

S'il était besoin de mettre en évidence l'oeuvre médicale Française en Indochine, le bilan de la captivité des militaires du Corps Expéditionnaire viendrait en apporter un témoignage éclatant. Cette captivité, en effet, a fait revivre à ceux qui l'ont subie les conditions qui régnaient dans ces régions avant le début de la présence française.

Et c'est un contraste rétrospectif particulièrement frappant que de voir réapparaître cette "pathologie de la conquête du Tonkin", alors que nous possédons maintenant des règles d'hygiène précises et efficaces et un arsenal thérapeutique particulièrement puissant, dont l'application rigoureuse permettait naguère à nos garnisons, dans les mêmes régions, des séjours qui se soldaient par une morbidité modérée et une mortalité négligeable.

o o o

La triste expérience des camps de prisonniers et de déportés d'Allemagne pendant la deuxième guerre mondiale nous avait révélé de grandes misères et des états pathologiques lamentables, encore qu'en Europe les grandes endémies soient en nombre limité et que les prisonniers détenus dans des camps situés en régions civilisées n'aient pas à craindre les agressions climatiques ni le pullulement parasitaire et microbien des zones tropicales.

Dans le Sud-Est Asiatique, il devait en être autrement et, aux conditions psychologiques très dures de la captivité, chez un ennemi racialement très étranger et fanatisé par une propagande subtile, à 12.000 kilomètres de la terre natale, s'ajoutaient les effets déprimants du climat tropical, fait de température élevée, de phénomènes météorologiques pénibles et, surtout, les multiples causes de morbidité qui font la triste originalité de la pathologie exotique.

Les grands fléaux endémiques se sont manifestés : paludisme dans ses formes les plus sévères de PALUDISME MONTAGNARD, AMIBIASE, PARASITES INTESTINALES, aidés dans leur action par la survenue d'épidémies à plus ou moins vaste extension, où l'on retrouve les DYSENTERIES BACILLAIRES, les FIEVRES EXANTHEMATIQUES, les fièvres du groupe TYPHO-PARATYPHIQUE, les LEPTOSPIROSES.

A cela, il faut ajouter des conditions alimentaires pour lesquelles nos soldats n'étaient pas faits : un régime orizé quasi exclusif, avec toutes les conséquences que comporte un pareil déséquilibre nutritionnel s'il se prolonge quelque peu.

Il n'était pas étonnant, alors, que se constituent ces états polypathologiques confus qui sont le propre de la pathologie tropicale, où les individus sont atteints simultanément de plusieurs affections, dont la symptomatologie intriquée rend l'inventaire extrêmement difficile et la thérapeutique particulièrement délicate. L'insuffisance notoire de cette thérapeutique a précipité l'évolution dans bien des circonstances et conduit ces pauvres gens à une déchéance progressive irréversible.

Il nous a été ainsi donné d'assister à la triste fin de certains malades, épuisés à la fois par les privations, la fatigue physique et, par exemple, un paludisme évolutif associé à une amibiase colique et un parasitisme intestinal considérable, le tout insuffisamment ou pas traité.

Un autre était atteint simultanément de tuberculose pulmonaire ouverte, de fièvre paratyphoïde C avec diarrhée. (1).

Cette intrication se retrouve pratiquement chez tous les malades et l'on peut affirmer que tout PRISONNIER LIBERE est un PALUDEEN, un AMIBIEN, un CARENCE, un POLYPARASITE.

Il importe que cette notion soit prise en considération ultérieurement, dans l'appréciation des indemnisations qui seraient sollicitées par d'anciens prisonniers ne possédant pas de pièces d'origine de leurs infirmités.

Au milieu de cet encombrement étiologique, il existait cependant des chefs de file et nous avons essayé de passer en revue les principaux aspects de cette pathologie du prisonnier, les grandes dominantes que nous avons pu observer.

---

(1) A titre de témoin nous annexons à ce chapitre l'observation complète d'un sous-officier décédé. (N° 59).

N° 59

OBSERVATION MEDICALE- concernant : CHARPENTIER RaymondSergent-Chef - Matricule 25.982  
13° D.B.L.E.

- fait prisonnier le : 7.5.54 à DIEN-BIEN-PHU
- libéré le : 28.8.54 à SAM-SON
- transféré à l'Hôpital CIAIS à HAIPHONG
- puis évacué sur SAIGON

- Entré à l'Hôpital ROQUES le 22 Septembre 1954 avec le diagnostic :

- " Précachexie. Paludisme perniciosus à falciparum.
- " Anémie gravissime. Image claire de la plage droite."

- 4 mois de captivité; se plaint d'une asthénie extrême (ne peut se lever seul de son lit), d'une anorexie globale, quatre à six selles quotidiennes liquides.

Poids : 46 kgs - Taille : 1 m.70 - Il apparaît absolument squelettique, avec un oedème considérable des membres inférieurs et de la paroi abdominale. Cet oedème accuse un contraste impressionnant avec son thorax et ses membres dépourvus de surtout musculaire.

- Conjonctives pâles, mais non absolument décolorées;
- langue décapillée, rouge vif.
- le sujet a une voix normale et s'exprime clairement;
- son psychisme semble normal.
- L'examen des différents viscères objective à un foie ptosé et petit, une rate légèrement perceptible au sommet de la ligne axillaire moyenne; l'examen clinique des poumons ne révèle qu'une diminution nette du murmure vésiculaire dans les régions omo-vertébrales et dans les régions sus-épineuses.
- Bruits du coeur normaux (rythme de 100 à la minute.
- T.A. : 11/7.
- Réflexivité tendineuse normale aux quatre membres.
- Protidémie totale effondrée (38 gr.)

- Le malade est mis immédiatement à un traitement poly-vitaminé avec 125 gr. de sang isogroupe que l'on se propose de perfuser tous les deux jours.
- Devant la persistance des oedèmes et surtout de l'infiltration abdominale (après 3 perfusions de sang isogroupe), le Médecin-Consultant (Médecin Commandant MARTIN) prescrit de la sérum-globuline. Le résultat immédiat de cette thérapeutique est tout d'abord spectaculaire : l'infiltration oedémateuse abdominale disparaît presque immédiatement, la diurèse ne croît pas, mais une abondante diarrhée s'installe. Dès la 2<sup>o</sup> perfusion de sérum-globuline, une importante crise urinaire se produit, mais les oedèmes ne régressent plus, quoique le rapport sérum-globuline ait été légèrement amélioré (0,8 au lieu de 0,4).
- Photographie le 28.9.54.
- Les jours qui suivent ne permettent d'assister à aucune amélioration (oedèmes restent fixes, l'appétit est nul, la diarrhée ne diminue pas). Les quatre examens radiologiques décèlent des images cavitaires, les bacilloscopies sont négatives.
- La veille du décès s'installe un petit état de confusion mentale.
- le Jour du décès, le malade délire (à la visite du matin). On pense à un oedème cérébral et une injection de sulfate de magnésie est pratiquée. Après l'injection, il sort de son délire, mais deux heures après entre dans son coma terminal.
- Il meurt le 11 Octobre 1954 à 0 heure 10'.
- L'Autopsie pratiquée confirme le diagnostic suivant :
  - " Oedèmes généralisés irréversibles, d'origine
  - " nutritionnelle, chez un super-cachectique et
  - " atteint d'ulcérations pulmonaires multiples.
  - " Oedème cérébral terminal. "

EXAMENS PRATIQUES :Hôpital CIAIS - Haiphong /

28.8.54 - N.GLOBULAIRE : G.R..... 2.660.000  
 G.B..... 1.800  
 N..... 76  
 B..... 0  
 L..... 18  
 M..... 6

RECHERCHE D'HE-  
MATZOAIRES..... :

"Toutes les hématies sont prati-  
quement favorables au PLASMODIUM  
FALCIPARUM (menace d'accès per-  
nicleux)."

29.8.54 - SCOPIE PULMO-  
NAIRE SYSTEMATI-  
QUE..... :

"Infiltrat rond à centre clair  
 "sous-claviculaire D. sans rela-  
 "tion apparante avec le hile;  
 "brède pachy-pleurale de la base  
 "droite bloquant le sinus et li-  
 "mitant la mobilité de l'hémi-  
 "coupole. A gauche, rien à signa-  
 "ler."

30.8.54 - ANALYSE CHIMI-  
QUE DES URINES :

albumine ..... 0  
 sucre..... 0  
 acétone..... 0  
 sels biliaires ++  
 pigm.biliaires 0  
 urobiline..... 0

4 .9.54 - HEMOGRAMME .... :

G.R..... 1.080.000  
 G.B..... 1.600  
 N..... 72  
 E..... 4  
 L..... 24  
 M..... 0

7 .9.54 - V . S . ..... :

1° heure ..... 40  
 2° heure ..... 80

- PROTIDEMIE..... :

protides totaux..... 38 gr. %  
 sérine ..... 15  
 globuline..... 22,4  
 rapport.. 0,6

- SELLES ..... :

selles molles  
nombreux oeufs d'ankylostomes

10.9.54 - HEMOGRAMME ..... : G.R..... 1.960.000  
 G.B..... 6.000  
 N..... 74  
 E..... 5  
 L..... 20  
 M..... 1

15.9.54 - GROUPE SANGUIN. : Groupe "A" - Rh. +

Hôpital ROQUES - Saïgon

23.9.54 - HEMOGRAMME ..... : G.R..... 2.500.000  
 G.B..... 7.700  
 N..... 76  
 E..... 11  
 L..... 12  
 M..... 1

- ISOGROUPE ..... : Beth Vincent "A"  
 Simonin..... "A"  
 Rhésus positif

24.9.54 - SELLES ..... : Selles pâteuses normales  
 R.A.S.

27.9.54 - RECHERCHE DE B.K. : Négative

28.9.54 - HEMOGRAMME + T.H. : G.R..... 3.800.000  
 G.B..... 12.000  
 N..... 74  
 E..... 12 T.H. =  
 L..... 9 65 %  
 M..... 5

- PROTIDEMIE ..... : protides totaux ... 75,24 %  
 sérine ..... 22,87 gr.  
 globuline .... 52,37  
 rapport.. 0,4

24.9.54 - RADIOGRAPHIE DE : "Infiltration non homogène,  
PROFIL D. DES : " peu dense, des régions  
POUMONS ..... : " sous-claviculaires et a-  
 " cillaire droit es.  
 " Image claire de nature  
 " cavitaire probable dans  
 " la portion interne de la  
 " petite scissure. Sinus  
 " externe droit comblé,  
 " liséré pleural axillaire."



24.9.54 - RADIOGRAPHIE DE : "Plusieurs images hydroaériques  
L'ABDOMEN POUR : " étagées traduisent une sub-  
RECHERCHE DU NI- : " occlusion de l'intestin  
VEAU LIQUIDIEN : " grêle."

2.10.54 - PROTIDEMIE..... : Protides totaux ..... 57 %  
 sérine ..... 25,62  
 globuline..... 31,38  
 rapport.. 0,8

8.10.54 - V . S . ..... : 4 . 8 .

- HEMOGRAMME + T.H. : G.R..... 3.080.000  
 G.B..... 6.050

N..... 92  
 E..... 0  
 L..... 7  
 M..... 1

T.H.... 55 %

Compte-rendu d'Autopsie.

- Prisonnier libéré en Août 1954. - Poids : 36 kgs -  
Taille: 1 m.70
- Evacué le 22 Septembre 1954 sur l'Hôpital ROQUES, venant de l'Hôpital CIAIS, avec le diagnostic :
  - " Précachexie. Paludisme perniciosus à falciparum.
  - " Anémie gravissime. Image claire de la plage pulmonaire droite. "
- Après 20 jours d'hospitalisation, épisode comateux et décès le 10 Octobre 1954.

NECROPSIE DU 11 Octobre 1954 - Hôpital GRALL - 17 heures -

Le sujet se présente dans un état cachectique. Les muscles ont fondu, sont pâles, durs à la coupe. De la bouche s'écoule un liquide verdâtre, nauséabond.

ABDOMEN :

Dès l'ouverture de l'abdomen, les anses intestinales sont turgescentes, paraissent fines, transparentes. Il n'y a pas trace de graisse, tout paraît sec. Pas de liquidité d'ascite.

a) FOIE :

- ne dépasse pas les fausses côtes. Des travées blanchâtres partent du pôle supérieur en se ramifiant.  
Coloration : gris jaune, homogène sur l'ensemble de la surface. Pas d'adhérence.  
Poids : 1.200 grammes - Consistance : dure.
- à la coupe; l'aspect de la surface extérieure se retrouve. La couleur est "foie gras". Aucune zone saine ayant l'aspect habituel, rosé, des foies normaux.  
Prélèvement du lobe droit.

b) VESICULE BILIAIRE :

- tendue, turgescente, pas de calculs.

c) RATE :

- Poids : 110 grammes. Aspect extérieur plus clair qu'habituellement, bleu ardoise, très pâle. Molle à la coupe, friable, d'allure hémorragique.  
Prélèvement fait.

d) ESTOMAC :

- paraît atrophique, les parois sont minces.  
A l'intérieur : présence d'un liquide verdâtre, nauséabond.  
Muqueuse atrophique.

e) ANSES INTESTINALES :

- les parois sont minces, turgescents, presque transparentes.

f) PANCREAS :

- forme, consistance et coupe : normales.  
Prélèvement fait.

g) REINS :

- rein gauche : 140 grammes
- rein droit : 120 grammes
- morphologie normale, parenchyme normal quoiqu'il semble exister des zones rouge-violacé, arrondies, dans le rein droit.
- Prélèvement fait.

THORAX :a) POUMONS :

- poumon droit : rétracté, adhérence des feuillets pleuraux que l'on ne peut séparer sans déchirer le parenchyme. Les scissures ne sont plus visibles. Le poumon forme une masse homogène, irrégulière, dense, rétractée. - Poids : 600 grammes. -

A la coupe, petites géodes de la taille d'une noisette, anfractueuses, dont l'une contient une calcification arrondie. Le parenchyme autour de ces cavernes laisse sourdre un liquide crémeux de couleur chocolat strié de traînées jaunes et blanchâtres. L'aspect de ce parenchyme se retrouve jusqu'aux coupes pratiquées à la partie médiane du poumon. A la partie inférieure, on ne trouve pas de pus, mais un liquide spumeux hématisé qui sourd d'un parenchyme dur à la coupe, hépatisé.

Prélèvement d'une géode. - Prélèvement du contenu calcifié. - Prélèvement du liquide purulent pour examen bactériologique.

- Poumon gauche : on distingue assez nettement les scissures. La morphologie extérieure est conservée. Toutefois, la coloration est lie de vin à la partie postérieure du lobe supérieur et du lobe inférieur.

Poids : 535 grammes.

A la coupe, aspect normal à la partie antérieure de toutes les coupes. A la partie postérieure, aspect rappelant celui de l'œdème aigu. Pas de pus, pas d'hépatisation.

b) COEUR :

- de couleur rose pâle. On n'aperçoit aucune formation graisseuse, aspect sec. Paraît minuscule.

- Poids : 190 grammes.

- A la coupe, très dur. N'a pas la consistance habituelle. A l'intérieur, les cavités sont vides. Les valvules mitrales sont le siège de nodosités dures qui crissent sous le couteau.

- Prélèvement d'une valvule.

CRANE :

A l'ouverture : aspect sensiblement normal des enveloppes externes. Adhérences méningées à la partie supérieure de l'encéphale sur une longueur de deux centimètres dans la région médiane.

Le cerveau est de coloration normale, mais paraît recouvert dans son ensemble d'une pellicule blanc d'oeuf, très transparente. Descendant de la partie supérieure du crâne, des travées blanchâtres coulent le long des sillons. Ces exsudats sont rassemblés en tâches arrondies, poly-cycliques, ayant la surface d'une pièce de 50 centimes, paraissant adhérer au cortex sous-jacent. Cet aspect rappelle celui de l'œdème cérébral. En particulier, il n'y a pas d'atteinte basilaire. D'autre part, à la coupe, la partie corticale du cerveau est strictement normale. Aspect sensiblement normal du cerveau sur toutes les coupes.

Poids :

- encéphale : 1500 grammes

- cerveau : 1310 grammes

- cervelet : 190 grammes

En résumé :

1. Plusieurs géodes à la partie supérieure du poumon droit dans un parenchyme pathologique d'où sourd un pus crémeux, granuleux, jaune. La partie inférieure du poumon est le siège d'une hépatisation rouge.
2. Morphologie hépatique conservée quoique le poids soit inférieur à la moyenne. Modification de l'aspect du foie à la coupe qui est de consistance dure et de teinte gris-jaune.
3. Oedème cérébral.
4. Micro-cardie. Le myocarde est très dur à la coupe, la coloration du coeur est rose pâle. Présence decalcification probable des valvules.

Le 12 Octobre 1954.

Médecin Capitaine JARRET

EXAMEN Anatomopathologique.

POUMON :

1. Alvéolite séro-hémorragique avec emphysème.
2. Lésions tuberculeuses folliculaires fortement sclérosées.

FOIE :

- Sclérose légère.
- Très importante stéatose médio- et centro-lobulaire, atteignant cependant parfois la périphérie du lobule.
- Importants dépôts pigmentaires surajoutés dans le système kuppferien.

RATE :

- Structure normale, richement lymphoïde .
- Pigmentation noire massive.

REIN : subnormal.

PANCREAS :

- Aspect très clair et paucicellulaire des flots de Langerhans (atrophie insulaire).

MENINGE 1 :

- Cedème important.

MENINGE 2 :

- Epaissement très important fibreux avec nodules histiocytaires inclus. Absence de lymphocytes et de nécrose.

TUBERCULOSE PULMONAIRE + PALUDISME

Le 21 Octobre 1954.

Dr. DESTOMBES.