

1.) - LES GRANDS AMAIGRISSEMENTS -

Syndrôme le plus hautement évocateur des souffrances de la captivité, l'AMAIGRISSEMENT a été aussi le plus fréquemment observé.

De degré variable, il a affecté pratiquement l'ensemble des prisonniers; parfois compensé, ou, plus exactement, "camouflé" par une rétention d'eau, relativement discret et limité à un déficit de quelques kilogrammes chez certains, il atteint, chez d'autres, des valeurs extrêmes pouvant représenter jusqu'à plus de 50 % du poids initial.

Les chiffres de : 38 , 36 , 35 kgs. sont fréquemment relevés sur les fiches de pesée à la libération.

Cet amaigrissement s'accompagne évidemment d'un cortège symptomatique fait d'asthénie, pouvant aller jusqu'à l'épuisement total, avec apathie invincible, d'anorexie globale, d'intolérance gastrique complète, entraînant des vomissements incoercibles, interdisant une réalimentation, même prudente, par voie digestive.

Nous avons vu ainsi des individus décharnés, aux yeux excavés, vomissant à chaque essai de prise même d'eau sucrée, muets, hagards, apathiques et indifférents à ce qui se passait autour d'eux et qui n'ont dû leur survie qu'aux perfusions répétées de plasma et de sang.

Quelles sont les causes de ces amaigrissements ?

Elles sont multiples, intriquées de façon complexe, la cachexie ou le simple amaigrissement étant la résultante d'actions conjuguées de divers facteurs parmi lesquels on doit retenir :

1.) La durée de la captivité :

Contrairement à ce qui pourrait paraître logique, les prisonniers détenus depuis plusieurs années n'ont qu'un amaigrissement relatif, parce qu'ils ont pu faire les frais d'une dure adaptation. Cette évolution peut se schématiser grossièrement de la façon suivante :

Les premiers mois, en face de conditions de vie nouvelles, d'une alimentation très particulière, de fatigues physiques certaines, se constitue une déchéance physique progressive, le poids diminue rapidement; ce fléchissement de l'état général entraîne une fragilité accrue vis-à-vis des agressions pathologiques inhérentes aux conditions tropicales. Certains, les moins robustes, succombent; les autres résistent et, lentement, remontent la pente. Ceux qui ont survécu et ont été libérés très tardivement étaient arrivés à une récupération partielle, mais néanmoins notable, à une adaptation à des conditions de vie particulières. - Au contraire, les prisonniers "récents", ceux capturés à DIEN-BIEN-PHU en particulier, ont été libérés alors qu'ils se trouvaient pour la plupart au point le plus bas de cette courbe pondérale.

Pour beaucoup, la libération a rendu possible une survie dont les chances auraient été fort minimes, si leur captivité s'était prolongée quelques mois de plus.

2.) La fatigue physique :

Imposée par un parcours de 700 km. en 40 jours, pieds nus, avec, pour certains, une charge notable, a entraîné un épuisement considérable. Nombreux sont ceux qui sont restés sur la piste, à bout de forces, découragés et sont morts misérablement.

Dans la résistance inégale des individus à cette épreuve des constatations paradoxales ont été faites. La force physique, la robustesse, n'ont pas été des atouts déterminants; il semble que ceux qui ont le mieux tenu sont les hommes au caractère bien trempé, ayant la volonté de marcher, de suivre la colonne, de survivre. Les autres, manquant de ressort, de volonté, se sont effondrés; parmi eux, ceux qui sont quand même arrivés jusqu'aux camps, n'ont pu remonter la pente, beaucoup encore y sont morts. Les autres ont gardé jusqu'à leur libération la marque de cette fatigue physique et morale extrême, exprimée par leur regard vide, leur négativisme même, jusqu'au jour où, très rapidement, leur visage a repris une expression vivante, ils se sont levés de leur lit, se sont alimentés et ont recommencé à vivre.

Quelques-uns, cependant, n'ont recouvré la liberté tant espérée que pour mourir, quelques heures ou quelques jours plus tard, comme une lampe qui s'éteint.

La transpiration provoquée par l'effort physique entraîne une déchloruration importante, qu'on ne compense pas l'absorption de grandes quantités d'eau provoquée par la soif plus ou moins ardente. La fuite de sel abaissant la tension osmotique des humeurs, favorise une déperdition hydrique de plus en plus considérable. La forme extrême de cet état est le coup de chaleur, mais, à un degré moindre, on voit survenir la "tropical fatigue" des auteurs anglais, l'asthénie progressive, la perte plus ou

moins rapide du poids, que, seules, la rechloruration et la rehydratation peuvent arrêter. La déchloruration s'accompagne de petits troubles psychiques, irritabilité ou apathie et c'est bien ce qui a été observé.

Un chiffre exprime le rôle de cette marche dans l'épuisement, sur 61 décédés après libération : 50 - soit 82 % - avaient été capturés à DIEN-BIEN-PHU.

3.) Les conditions alimentaires :

Le régime orizé quasi exclusif, brutalement imposé par la captivité, ne pouvait être toléré par des omnivores sans de graves inconvénients.

Laissant de côté les effets d'un déséquilibre alimentaire, qui feront l'objet d'un chapitre particulier, nous retiendrons seulement : la sous-alimentation.

La fatigue physique des marches épuisantes entraînait une telle altération de l'appétit qu'il fallait un effort de volonté pour parvenir à absorber une quantité suffisante de riz, que des palais et des estomacs européens n'acceptent pas volontiers. Ce riz, cuit à la hâte, au bord de la piste, par des moyens de fortune, souvent sans sel, entraînait rapidement un dégoût profond et, si certaines fortes natures absorbaient plus que leur part, la majorité des prisonniers, les premières semaines, se tenaient très au-dessous de la ration caloriquement nécessaire à l'activité importante qui était imposée.

Si la ration allouée peut être considérée comme suffisante, celle réellement absorbée, trop souvent, ne l'était pas.

Les Africains et les Indochinois, adaptés antérieurement à ce régime orizé, n'ont pas eu à souffrir de ces incon-

vénients. Comme, par ailleurs, ils ont, moins que les Européens et les Africains du Nord, perdu l'habitude des longues marches, ils ont été, dans l'ensemble, épargnés.

4.) Les troubles digestifs :

Conditionnés, pour une large part, par l'alimentation déséquilibrée au profit des hydrates de carbone du riz et, également, par les affections parasitaires et infectieuses inhérentes aux conditions tropicales et à l'absence d'hygiène, ces troubles se sont manifestés principalement sous forme de diarrhée et de dysenterie, provoquant une importante déshydratation.

- L'alimentation orizée, génératrice de fermentations intestinales, aggravée par une carence au moins relative en Vitamine B₁, provoque, en premier lieu, de la flatulence, puis une atonie intestinale avec troubles moteurs, défaut de péristaltisme, et une diarrhée caqueuse tenace apparaît.

- L'amibiase intestinale, dans ses formes diarrhéiques ou dysentériques, entraîne une fuite hydrique importante et une chute pondérale rapide, aggravée par des phénomènes douloureux abdominaux plus ou moins importants.

- Les entérocolites d'origine infectieuse, dues à la souillure de l'eau de boisson ou des aliments préparés dans de mauvaises conditions, trouvent leur expression majeure dans les dysenteries bacillaires, avec 30 à 40 selles quotidiennes.

- A un moindre degré, des affections voisines, également microbiennes ou parasitaires, sont susceptibles de déterminer des diarrhées sévères.

Toutes ces affections ont existé au cours de la captivité avec une répartition géographique ou chronologique très anarchique, mais leur responsabilité dans les états de cachexie ou de simple amaigrissement ne saurait être discutée.

5.) Il faut ajouter à cela toutes les maladies infectieuses et parasitaires si fréquentes en milieu tropical, PALUDISME, LEPTOSPIROSES, TYPHUS, que des médecins prisonniers ont constatées et que nous-même avons observées à la libération et qui ont largement contribué à réaliser ces grandes altérations de l'état général aboutissant aux amaigrissements extrêmes.

n° 33	30 ans	Délirium et hallucinations persistantes.
n° 34	39 ans	Délirium cortico-surrénal. Délirium paranoïaque.
n° 38	Acute	Délirium cortico-surrénal. Délirium paranoïaque. Myocardite dégénérative.
n° 40		Myocardite subaiguë dégénérative. Sclérose surrénale. - Myocardite à aspect des fibres squelettiques.
n° 41	41 ans	Sclérose rétrograde. - Délirium de la cortico-surrénale. Myocardite paranoïaque.
n° 47		Myocardite subaiguë dégénérative. Délirium cortico-surrénal avec troubles légers de l'équilibre. Myocardite dégénérative. Alcoolisme chronique.

Constatations Anatomiques.

A l'occasion des autopsies pratiquées après décès en cachexie extrême, les examens anatomo-pathologiques ont révélé des lésions nettes d'épuisement, en particulier au niveau des GLANDES SURRENALES, du PANCREAS et du MYOCARDE.

N° 15		Atrophie du myocarde.- Dégénérescence atrophique du pancréas
N° 20	39 kgs.	Oedème et dislocation cortico-surrénale.-Oedème du pancréas endocrine.
N° 22	38 kgs.	Oedème et hyperplasie cortico-surrénale.
N° 34	39 kgs.	Oedème cortico-surrénal. Oedème pancréatique.
N° 38	Ascite	Dégénérescence surrénale totale Dégénérescence pancréatique. Myocardite dégénérative.
N° 40		Néphrose tubulaire dégénérative. Sclérose surrénale.- Atrophie & oedème des fibres myocardiques.
N° 41	41 kgs.	Estomac rétracté.-Dislocation de la cortico-surrénale.- Oedème pancréatique. -
N° 47		Gros foie. - Intense congestion cortico-surrénale avec énormes lésions de dégénérescence. - Myocardite dégénérative. - Alvéolite oedémateuse.

2 o) - LES SYNDROMES NUTRITIONNELS

La malnutrition a, peu ou prou, manifesté son action sur l'ensemble des prisonniers libérés, à l'exception, toutefois, des Africains et des Indochinois. Ceux-ci, par suite de leurs particularités raciales, de leur atavisme et de leur mode de vie antérieure, n'ont pas subi, lors de la captivité, de grandes perturbations sur le plan alimentaire. Leur organisme, accoutumé au régime orizé, n'a pas souffert comme celui de l'Européen ou du Nord-Africain, habitué à un régime varié et équilibré. De plus, moins fragiles que l'Européen aux affections endémiques ou épidémiques, génératrices de troubles digestifs, ils ont eu infiniment moins de chances de faire des carences d'absorption.

En effet, quand on parle de MALNUTRITION, deux aspects du problème doivent être distingués :

- Les carences proprement dites.
 - Les déséquilibres alimentaires.
-

1. Les carences :

Caractérisées par le déficit de certaines substances alimentaires ou vitaminiques, elles peuvent relever de causes assez diverses :

- Carence d'apport :

L'élément intéressé faisant défaut dans la ration fournie à l'individu;

- Carence d'absorption :

l'élément est présent dans la ration, mais l'état du tube digestif est tel qu'il n'est pas absorbé par la muqueuse et ne pénètre pas dans l'organisme;

- Carence d'assimilation :

le produit est absorbé, mais ne peut être utilisé par un organisme déficient;

- Carence endogène :

certaines substances prenant naissance dans l'intestin où elles sont synthétisées par des éléments microbiens particuliers, les perturbations de la flore intestinale, sous des actions diverses, peuvent entraîner le tarissement de cette source de facteurs vitaminiques.

2. Les déséquilibres alimentaires :

L'équilibre de la ration en ses constituants de base :

{ Hydrates de carbone
 { Matières grasses
 { Matières protidiques
 { Sels minéraux
 { Vitamines

est une règle impérative pour leur utilisation correcte. Chaque fois qu'il est compromis au bénéfice de l'un ou de l'autre de ces composants, la malnutrition se manifeste. Mais, de plus, pour que des troubles apparaissent, il faut que la ration soit globalement élevée, créant une carence relative en un des éléments. - C'est la carence "décompensée".

Ces considérations un peu théoriques, dont nous nous excusons, expliquent l'infinie variété des troubles que nous avons observés et, également, le fait que certains individus aient pu y échapper, soit, parce qu'ils ont bien voulu écouter les conseils de médecins partageant leur captivité (c'est le cas des officiers), soit parce qu'ils ont réussi, grâce à des moyens de fortune, à améliorer leur régime et à en réduire le déséquilibre.

Dans une collectivité soumise aux mêmes conditions alimentaires et apparemment identique, le comportement des individus sur le plan nutritionnel est très différent; il est fonction des subcarences antérieures, des maladies infectieuses et parasitaires, du travail physique consommateur de calories. Certains groupes d'individus ainsi fragilisés constituent les "groupes vulnérables" et si, en captivité, toutes les conditions favorisant l'apparition des maladies nutritionnelles semblaient s'être donné rendez-vous, il est certain que les Européens d'abord, les Nord-Africains ensuite, ont été les groupes vulnérables parmi la masse des prisonniers, le reste étant relativement épargné.

(a) - LES EXPRESSIONS CLINIQUES DE LA MALNUTRITION CHEZ LES PRISONNIERS LIBERES ET LEUR CORRESPONDANCE BIOLOGIQUE. -

1. Les troubles digestifs.

Toute maladie nutritionnelle se manifeste, en premier lieu, par des troubles digestifs :

{ diarrhée
fermentations
ballonnement
anorexie.

Tous les prisonniers en ont souffert à des degrés divers.

- La DIARRHÉE AQUEUSE, explosive, est bien connue chez eux, elle est cependant peu caractéristique et souvent confondue avec les innombrables causes de diarrhée sous les tropiques.

- La DIARRHÉE STEATORRHEIQUE n'a pas été observée pour la raison simple que la ration était à peu près totalement dépourvue de graisses. Nous en avons cependant fait la prophylaxie au cours de la post-captivité, en recommandant des repas pauvres en matières grasses jusqu'à récupération de fonctions digestives satisfaisantes.

- Le BALLONNEMENT, extrêmement répandu, s'est présenté sous deux aspects :
l'un, primitif, importé de captivité, dû à l'excès d'hydrates de carbone du régime et aux fermentations,
l'autre, apparu secondairement lors de la réalimentation, se manifestait aussitôt après les repas, surtout si ceux-ci étaient riches en pain, pâtes alimentaires, féculents.

Nous avons également tenu compte de ces éléments pour l'établissement des régimes spéciaux en vigueur dans les formations hospitalières et avons interdit les pâtes, les légumes secs,

le riz, et, surtout, le pain, sur lequel les malades se jetaient avidement et dont ils arrivaient, malgré la surveillance dont ils étaient l'objet, à engloutir des quantités parfois énormes.

- l' ANOREXIE , sous forme de dégoût du riz, a été observée couramment en captivité; elle a été plus rare après la libération et devait être le plus souvent mise sur le compte de l'épuisement physique.

L'ensemble de ces troubles digestifs a très rapidement disparu au cours de l'hospitalisation, sous l'effet des précautions diététiques prises.

2. Les lésions des muqueuses.

La glossite, la stomatite aphteuse carentielle, le pyrosis, les gastralgies, ont été de rencontre courante, mais, cependant, beaucoup moins généralisées que nous ne le craignons eu égard à nos constatations antérieures sur les prisonniers libérés.

L'irritation, la douleur, la dysphagie créées par ces lésions ont été, dans une certaine mesure, bienfaisantes, en provoquant chez leurs porteurs une salutaire prudence dans la consommation du vin, des épices et de certains mets servis dans les restaurants chinois ou indochinois, que, malgré mes conseils, de nombreux prisonniers libérés se plaisaient à fréquenter.

Ces lésions ont d'ailleurs été littéralement "volatilisées" par les injections de VITAMINE B₁₂ et d'amide nicotinique.

3. L' anémie .

C'est un des syndrômes le plus fréquemment rencontré. N'était-il pas, jadis, le propre des coloniaux, retour d'Outre-Mer, où ils avaient contracté "les fièvres" !

Particulièrement importante et tenace chez les gens revenant d'une longue captivité, elle a été observée également chez ceux capturés à DIEN-BIEN-PHU, mais, alors, plus rapidement réversible. Il est infiniment probable que, dans l'immense majorité des cas, l'anémie relevait d'étiologies multiples, paludisme viscéral, parasitoses (ankylostomose), mais surtout malnutrition.

Pour identifier sans erreur les anémies nutritionnelles, hyperchromies mégalo-cytaires, il eut fallu un inventaire hématologique très poussé, comprenant la valeur globulaire exacte, le diamètre moyen des hématies, un myélogramme, pratiqué avant toute thérapeutique.

Cela aurait été du plus grand intérêt, mais, devant l'afflux de malades, une nécessité impérative primait tout : la thérapeutique. Elle a été mise en oeuvre immédiatement et puissamment, sous la forme de fer, d'acide folique, d'extraits hépatiques, mais, surtout, de VITAMINE B₁₂, facteur antianémique vrai, qui ont permis des restaurations extrêmement rapides.

Plus tard, à SAIGON, ces examens ont été faits, mais, en raison de l'hépatothérapie déjà subie, n'ont pas été interprétables.

4. Les oedèmes.

L'oedème des membres inférieurs a été d'une grande banalité, avec des degrés divers. C'était un oedème mou, incolore, déclive, mobile et variable.

Si l'on peut invoquer dans son apparition différentes causes, telles que les plaies infectées des pieds, les réactions allergiques aux mycoses, il est bien certain que la malnutrition est à la base de la quasi totalité des oedèmes.

A l'appui de cette affirmation : trois arguments :

- Caractère symétrique.
- Persistance après traitement des plaies et repos au lit.
- Disparition sous l'effet d'un régime équilibré ou hyperprotidique. En captivité, la prise d'oeufs, d'un peu de lait quand cela a été possible, a constitué un traitement souvent très efficace.

La part relative de l'ankylostomose est plus difficile à dissocier de celle revenant à la malnutrition, car cette parasitose provoque une hypoprotidémie importante et agit donc par un mécanisme nutritionnel.

Cet oedème des membres si fréquent en captivité a été appelé, improprement par les prisonniers, "BERI-BERI". Il importe de redresser cette erreur; nous sommes convaincus que le Beri-Béri vrai a été rare chez les prisonniers libérés et que les oedèmes que nous avons observés ne sauraient lui être imputés.

Avec toute la gamme des intermédiaires, les manifestations oedémateuses pouvaient arriver jusqu'à l'ANASARQUE, c'est-à-dire jusqu'aux épanchements des séreuses péritonéales, pleurales, péricardiques et même à l'oedème cérébral (cf. DECES N° 26 - 35 - 59) .

Le mécanisme de ces oedèmes est bien connu; leur cause primitive est une CARENCE en PROTIDES et, particulièrement, en protides d'origine animale : viande, lait, poissons, contenant les acides aminés, "clefs" régissant le métabolisme protidique et, par contre-coup, le métabolisme lipidique et les mouvements de l'eau dans l'organisme.

Le sang, appauvri en sérums-albumine et parfois surchargé en sérums-globuline, voit sa tension oncotique diminuer; l'eau qui n'est plus retenue dans le compartiment vasculaire s'épanche dans les espaces lacunaires, où, mal fixée, elle obéit aux lois de la pesanteur et s'accumule dans les parties déclives. L'oedème est alors constitué.

La faible teneur en protides animales des rations allouées aux prisonniers permet de comprendre pourquoi les oedèmes ont été ainsi pratiquement généralisés. Si certains libérés semblaient ne pas en présenter cliniquement, c'est que cette rétention d'eau était camouflée par un amaigrissement et une fonte musculaire très importante.

Nous avons, dans quelques cas, procédé au dosage des protéines plasmatiques et confirmé le plus souvent des hypoprotidémies avec une hyposérinémie dominante et un effondrement du quotient protidique du sérum (Cf. Observation N° 59).

Le TRAITEMENT de ces OEDEMES DE CARENCE a été réalisé par des mesures diététiques :

- régime hyperprotidique (volontairement déséquilibré en sens inverse du régime de captivité), riche en sels minéraux et en facteurs vitaminiques naturels;

par des médicaments :

- vitamines diverses
- plasma en perfusions ou, si une anémie existait, sang total.

Mais l'apport de plasma ou de sang ne corrige que relativement le déséquilibre protidique, en apportant des globulines déjà excédentaires. L'utilisation de quelques flacons d'origine américaine, de fraction sérum-albumine, malheureusement en quantité très limitée (moins de 100), a permis d'obtenir des résultats spectaculaires, les oedèmes fondant au cours d'une crise urinaire salutaire (cf. Observation N° 59).

A l'exception de quelques malades libérés agonisants et du sous-officier, objet de l'observation N° 59, atteint de tuberculose pulmonaire et de paludisme viscéral évolutif, tous les autres prisonniers libérés présentant des oedèmes de carence ont remarquablement répondu au traitement et se sont très rapidement rééquilibrés.

5. La myocardie.

Bien connue chez les alcooliques du Corps Expéditionnaire et rappelant le "cœur de bière" des auteurs allemands, la myocardie est le fait d'altérations dégénératives de la fibre cardiaque, oedème, hypotrophie, dislocation fasciculaire, relevant de perturbations métaboliques au niveau du myocarde.

Ces perturbations étaient dues, soit à des carences en vitamine B₁ (c'est le cas chez l'alcoolique et le béri-bérique), soit à une infiltration oedémateuse viscérale non spécifique de l'avitaminose B et existant au cours des syndrômes nutritionnels divers. Un épanchement péricardique est alors fréquent.

Le béri-béri cardiaque vrai a existé et nous en avons personnellement observé un cas après libération chez un officier paraplégique déjà soumis à une diététique d'où le riz était exclu et, par ailleurs, traité par un complexe vitaminique riche.

Nous avons, à cette occasion, vérifié la poussée hypertensive brutale qui accompagne la tachycardie folle, l'angoisse, la douleur en corset, signant un éréthisme cardiaque débordant.

Les fortes doses de thiamine ont rapidement eu raison de l'ensemble de ces troubles.

Mais, sans que l'on puisse retenir le béri-béri, nous avons vu de nombreux cas de myocardie, avec gros cœur

oedémateux, bruit de galop, dyspnée, angoisse, évoluant vers une insuffisance cardiaque et répondant bien à la saignée, à l'administration d'ouabaine et de Vitamine B₁.

Enfin, chez de très nombreux malades, on notait des bruits du coeur assourdis, les autopsies ont révélé des épanchements péricardiques et, surtout, des altérations myocardiques importantes : coeur mou, couleur feuille-morte, avec des lésions histologiques sur lesquelles nous reviendrons.

6. Les polynévrites.

Quelques très rares malades ont présenté une authentique polynévrite. Nous n'en avons, personnellement, observé qu'un cas.

Par contre, des parésies plus ou moins marquées, avec aréflexie rotulienne, sont notées dans quelques observations, sans qu'on puisse savoir quelle en a été l'évolution, ni la sensibilité à la thérapeutique vitaminique.

Le béri-béri, dans sa forme polyneuropathique, paraît avoir été exceptionnel parmi les prisonniers et il est certain, qu'en l'absence de soins, les polynévrites constituées dans les camps auraient entraîné des lésions telles que nous aurions vu revenir des infirmes paraplégiques atrophiques en quantité notable, ce qui n'a pas été le cas.

Cherchant à mettre en évidence les perturbations du métabolisme des hydrates de carbone au niveau du plateau pyruvique, nous avons fait procéder à des dosages de l'élimination urinaire des B. B. S. (Bisulfite Binding Substances). Cette élimination ne doit pas dépasser 400 milligrammes dans les conditions normales.

Les dosages pratiqués chez 14 prisonniers libérés manifestement atteints de troubles nutritionnels, oedèmes, aréflexie tendineuse, ont fourni des chiffres dans l'ensemble élevés : 372 - 459 - 570 à 630 - 670 - 780 - 782 - 895 - 1080 - 1080 - 1120 - 1170 - 1185 -, mais

chez deux témoins, un lieutenant arrivant de France et une infirmière du service, les chiffres trouvés ont été : 912 mgr. et 897 mgr.

En réalité, cet examen n'est pas du tout fidèle et est de plus en plus contesté, quelque soit le soin apporté à son exécution; le dosage porté sur des substances dont le taux d'élimination ne reflète pas obligatoirement un trouble du métabolisme hydrocarboné.

7. L' h é m é r a l o p i e .

Trouble de la vision caractérisé par une baisse de l'acuité en éclairage réduit, elle a été observée chez un très grand nombre de prisonniers libérés. Elle résulte d'une avitaminose A et ne doit pas être confondue avec un symptôme assez fréquent aussi à la libération : l'asthénopie accommodatrice, qui est un trouble dû à une asthénie des muscles de l'accommodation et se manifeste parallèlement à l'asthénie des muscles de l'appareil locomoteur.

8. Le myoedème

Caractérisé par une réaction contractile extrêmement localisée, incapable de se propager à la masse du muscle percuté ou pincé, c'est un signe de dégénérescence œdémateuse musculaire que l'on trouve habituellement chez les dénutris, les tuberculeux avancés, les cachectiques.

Nous l'avons observé chez un grand nombre de prisonniers libérés, grands amaigris et atteints de dénutrition plus ou moins sévère.

(b) - LES DONNEES ANATOMO-PATHOLOGIQUES . -

Nous ne nous sommes pas cru autorisés à pratiquer de ponctions, biopsies du foie pour rechercher la stéatose, la dégénérescence graisseuse due aux carences protéidiques et, d'une façon générale, à la malnutrition.

Mais, si l'on confronte les données de la clinique chez les sujets décédés, les protocoles d'autopsie et les résultats des examens histologiques pratiqués à partir de ces autopsies, on arrive à un ensemble cohérent, mettant en évidence le rôle des troubles nutritionnels, tout au moins chez ceux qui n'ont pu faire les frais des souffrances et des agressions de la captivité.

Le relevé qui va suivre, extrait des dossiers de vingt des décédés, nous paraît assez évocateur.

On y retrouve :

1. les lésions hépatiques :
 - { stéatose - 7/20
 - { dégénérescence protoplasmique
2. les lésions pancréatiques :
 - { atrophie de la glande exocrine
 - { hypertrophie oedémateuse des flots de Langerhans, réalisant l'aspect du "pancréas inversé" déjà vu dans les pancréas des sujets décédés de Kwashiorkor, syndrome malnutritionnel de l'enfant d'Afrique Noire - 5/20
3. les lésions myocardiques :
 - { oedème et dislocation avec atrophie fibrillaire - 3/20
4. les lésions surrénales :
 - { confinant parfois avec celles de l'épuisement : oedème surrénal, nécrose corticale avec dislocation des travées cellulaires - 8/20
5. les lésions rénales :
 - { du type néphrose dégénérative.

N° du dos- sier:	Signes cliniques & diagnostic de décès:	Constatations nécropsiques	Examens anatomo- pathologiques
15			Atrophie du myo- carde. Dégénéres- cence & atrophie du pancréas. <u>HEPATITE</u> <u>DEGENERATIVE.</u>
20	39 kgs.- Langue dépapillée Diarrhée profuse		Oedème & disloca- tion cortico-surré- nale. Oedèmes des flots de Langerhans:
21	38 kgs. - Langue dépapillée - Ventre très ballonné - Bruits du coeur sourds - Diarrhée profuse -	Pancréas volumineux.	Oedème & hyperpla- sie des flots de Langerhans du pan- créas.
22	38 kgs. -	Estomac de volume très réduit.	
23	36 kgs. - Langue dépapillée - Bruits du coeur sourds - Ballonnement -		Oedème & hyperpla- sie des flots de Langerhans. Oedème cortico-surrénal.
24	36 kgs. - Langue dépapillée - Selles incomptables - Br. du coeur assourdis Hyporéflexie rotu- lienne.	Coeur petit. 160 gr.	<u>STEATOSE HEPATIQUE</u> périportale.
25	39 kgs. - Langue dépapillée - Dis- crets oedèmes mal- léolaires - Aréfle- xie rotulienne.	Epanchement pé- ritonéal citrin: Aspect gélati- neux de l'oreil- lette droite. Hypertrophie du ventricule G.	Oedème cortico- surrénal.

N°	Signes cliniques & diagnostic de décès	Constatations nécropsiques	Examens anatomopathologiques
26	Gros oedèmes - Anémie : 1.730.000 - Purpura - Langue dépapillée.- Bruits du cœur sourds - Scopie : contours cardiaques mous - Aréflexie rotulienne.	Ascite liquide : citrin - Dilatation énorme de l'estomac, des anses iléales et du colon - Epanchement péricardique ++ - Myocarde mou, couleur feuille morte.	
28	38 kgs. - Diarrhée profuse - Anémie - Langue dépapillée - Bruits du cœur très assourdis -	Epanchement péricardique - Petit cœur - Hypertrophie ventricule G.	<u>STEATOSE HEPATIQUE</u> Oedème des surrénales.
29	40 kgs. - Selles incompressibles - Oedèmes des membres inférieurs -	Aérocolie importante - Estomac atrophié - Gros épanchement péricardique - Hypertrophie V.G.	Oedème et nécrose des cortico-surrénales.
30	40 kgs - Anémie - Langue dépapillée -	Pancréas augmenté de volume - Foie couleur muscade - Dilatation oreillette G.	
31	35 kgs. - Langue dépapillée - Diarrhée -	Grosse aérocolie - Paroi intestinale amincie, fragile - Petit cœur, dilatation des deux oreillettes.	Atrophie des îlots de Langerhans - Oedème cortico-surrénal -

N°	Signes cliniques & diagnostic de décès	Constatactions nécropsiques	Examens anatomopathologiques
34	39 kgs. - Anémie - Subictère - Diarrhée - Langue dépapillée - Aérocolie - Gros oedème des membres inférieurs	Epanchement péritonéal - Estomac rétracté - Invagination iléocolique - lâche du grêle - Epanchement péricardique - Oreille droite très dilatée.	Oedème myocardique inter-fasciculaire - Oedème cortico-surrénal.
35	38 kgs. - Anémie - Langue rôtie - Diarrhée - Aérocolie - Tachycardie	Epanchements importants de toutes les séreuses - Aérocolie - Paroi intestinale amincie - muqueuse atrophique - Foie jaune chamois, mou.	<u>STEATOSE HEPATIQUE</u> avancée.
36	49 kgs. - Anémie - Diarrhée - Délire - Convulsions - Bruits du coeur sourds.	Estomac rétracté - Grosse aérocolie - Gros épanchement péricardique - Cavités droites dilatées - Oedème cérébral.	Discrète <u>STEATOSE HEPATIQUE</u> . Oedème pancréatique avec stéatose - Dislocation de la cortico-surrénale.
37			Néphrose glomérulo-épithéliale - Pancréatite scléreuse - Alvéolite œdémateuse - <u>STEATOSE TOTALE DU FOIE</u>

N°	Signes cliniques & diagnostic de décès	Constatations nécropsiques	Examens anatomopathologiques
42	Cachexie avec gros oedèmes des membres inférieurs.	Ascite importante. - Petit coeur pâle.	Néphrose dégénérative. Surrénale aplasie des protoplasmes - Début de sclérose - Atrophie avec oedème des fibres myocardiques.
52	42 kgs. - Anémie -	Aérogastrie - Aérocolie importante - Paroi intestinale très amincie - Foie jaunâtre à la coupe.	<u>STEATOSE HEPATIQUE</u>
59	46 kgs. - Squelettique mais oedèmes considérables des membres inférieurs et de l'abdomen - Langue décapillée, rouge vif.		Très importante <u>STEATOSE HEPATIQUE</u> Lésions de tuberculose pulmonaire
<p>Pour mémoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ankylostomes +++ dans les selles - Pl. Falciparum +++ dans le sang - Tuberculose pulmonaire 			

3.) - LE PALUDISME -

Sous des formes cliniques diverses, allant du simple ACCES de REVIVISCENCE bénin à 1° ACCES PERNICIEUX, ou aux atteintes viscérales graves, il s'inscrit comme l'une des causes les plus fréquentes de morbidité à la libération.

Il est responsable de : 16 DECES .

Il a été, en captivité, de rencontre quasi constante.

Les prisonniers "anciens", stationnés le long de la frontière de Chine, puis, ensuite, en Moyenne Région Tonkinoise, ont été maintenus pendant des années en zone d'hyperendémie paludéenne.

Les autres, ceux de DIEN-BIEN-PHU, ont été dirigés, après leur capture, vers la Moyenne-Région, où ils ont rejoint les "anciens", ou vers le Than-Hoa, circulant de nuit, pendant 40 jours, sans aucune protection chimique ou mécanique, dans ce terrain d'élection du paludisme hyperendémique.

Aussi, ne faut-il pas s'étonner d'avoir pu constater, à la libération, des états pathologiques jamais vus depuis la campagne de Madagascar, c'est-à-dire les grandes splénomégalies anémiantes fébriles, les cachexies hydrémiques aiguës ou cachexies paludéennes humides, les accès graves, voire pernicieux.

Parmi les formes cliniques diverses observées, il est possible de décrire quelques types de base :

Le PALUDISME VISCERAL EVOLUTIF VRAI :

- Une ANEMIE clinique évidente, grave, que les numérations montraient souvent inférieure à un million de globules rouges, accompagnée ordinairement d'une leucocytose élevée.
- Une SPLENOMEGALIE très largement palpable, molle et douloureuse, mais régressive avec une étonnante rapidité sous l'effet du traitement anti-malarique. Nous avons ainsi vu disparaître sous les fausses côtes, en 10 ou 15 jours, des rates que l'on pouvait qualifier de "monumentales".
- Une HEPATOMEGALIE, parfois importante, le foie débordant l'auvent costal de 3 à 4 ou 5 travers de doigts. Ce gros foie, lisse, régulier, non déformé, était très douloureux à la palpation et, plus encore, à l'ébranlement. Il en imposait parfois pour un foie amibien.
- La VITESSE de SEDIMENTATION très accélérée venait ajouter à la difficulté du diagnostic, qui ne pouvait être affirmé que lors de la régression complète de ces atteintes viscérales, sous l'effet du seul traitement anti-palustre. Dans un cas, nous avons, devant un tableau particulièrement évocateur, été conduit à une intervention exploratrice pour abcès du foie, qui n'a montré qu'un foie ardoisé de paludisme viscéral.

Dans certaines formes, des oedèmes importants des membres inférieurs ajoutaient une note supplémentaire au tableau clinique, réalisant la cachexie paludéenne humide, mais, chez ces hommes, tellement d'autres causes pouvaient être invoquées, conditionnant des oedèmes, qu'il n'est pas possible d'affirmer la responsabilité exclusive du paludisme dans leur genèse.

Chez quelques malades, cependant, la régression fut très lente, l'anémie était certes améliorée, mais non complètement réparée après deux mois de soins hospitaliers.

Les ACCES de REVIVISCENCE :

Ils ont été très nombreux les premiers jours suivant la libération, comme si l'administration de malaricides avait déterminé des sorties à partir des formes exo-érythrocytaires des viscères. En effet, le 2° ou 3° jour d'une cure de Nivaquine ou Paludrine, nous avons observé des accès francs, constamment confirmés par l'hématologie qui mettait en évidence le plus souvent *PLASMODIUM FALCIPARUM*, mais fréquemment, *PLASMODIUM VIVAX*.

Les ACCES PERNICIEUX :

Ils ont été relativement rares et n'ont donné lieu qu'à une mortalité absolument infime : ils sont apparus chez des sujets épuisés, n'ayant pas pu ou n'ayant pas su se soumettre à une prophylaxie efficace.

Ils ont été traités très classiquement, suivant nos instructions, par perfusion veineuse de quinine, avec des résultats constamment favorables.

Les 16 décès observés, concernent des individus particulièrement affaiblis ou ayant dépassé, lors de la mise en oeuvre du traitement, le seuil de réversibilité.

Les mesures prises lors de la libération et ordonnées à tous les médecins appelés à s'occuper de prisonniers libérés, que ce soit en milieu hospitalier vis-à-vis de malades, ou dans les Centres d'Accueil vis-à-vis de militaires apparemment bien portants, ont consisté en une cure "thérapeutique systématique", destinée à combattre immédiatement, dès la libération, un paludisme patent ou latent. Cette cure consistait, soit en prises de PALUDRINE, soit en prises de NIVAQUINE, soit même de FLAVOQUINE, à doses élevées, pendant un temps suffisant pour "éteindre" la maladie paludéenne. A la suite de cette cure, une prophylaxie rigoureuse, renforcée, a été mise en oeuvre jusqu'au rapatriement et les ex-prisonniers ont été avertis d'avoir à la poursuivre pendant un mois $\frac{1}{2}$ après leur arrivée en Europe ou Afrique du Nord. Les Médecins-Chefs des divers Hôpitaux ont été mis au courant, directement par mes soins, de cette nécessité impérieuse.

Ces dispositions qui ont été, dans l'ensemble, bien observées, n'ont certes pas empêché l'apparition secondaire d'accès palustres, à l'occasion de la survenue de toutes les causes capables de provoquer des reviviscences mais il n'a pas été observé un seul cas de perniciosité secondaire, la thérapeutique suppressive bien conduite ayant atteint le seul but qu'on puisse lui assigner : empêcher l'apparition de paludisme mortel.

LES DONNEES ANATOMO - PATHOLOGIQUES ; -

Les examens pratiqués sur les pièces anatomiques prélevées au cours des autopsies ont montré, quelle que soit la cause du décès, des lésions cytologiques de PALUDISME VISCERAL à un degré particulièrement marqué.

Ces lésions consistent, dans le foie, en :

- hyperplasie Kupfférienne
- surcharge plus ou moins considérable en pigment malarique, allant jusqu'au "blocage"
- hyperplasie réticulo-endothéliale;

dans la rate, en :

- importants dépôts pigmentaires
- macrophagie
- congestion.

Le pigment malarique arrive même à surcharger :
la cortico-surrénale dans la zone réticulée,
le rein, où il infiltre les parois des tubes collecteurs
et les anses du glomérule.

Ces dépôts pigmentaires, même considérables, ne s'accompagnent pas de fibrose. Il n'est donc jamais question de CIRRHOSE PALUDENNE, ce que confirme, chez les survivants, la rapide réversibilité des atteintes viscérales quelle qu'en soit l'intensité volumétrique.

4.) - L'AMIBIASE & LES TROUBLES COLITIQUES -

Nous avons réuni, sous une seule rubrique, l'ensemble des troubles colitiques : diarrhées, dysentéries, en raison de l'impossibilité absolue de dissocier au milieu de ces syndromes les responsabilités étiologiques.

L'immense majorité, pour ne pas dire la totalité des prisonniers, a présenté en captivité des phénomènes entéro-colitiques. Beaucoup en présentaient encore à leur libération et, parmi ces derniers, quelques-uns sont morts directement ou indirectement de ces atteintes.

Quels sont les aspects cliniques observés après libération ?

- Des syndromes dysentériques classiques, faits d'émissions nombreuses de selles glaireuses ou glairo-sanguinolentes, accompagnées des douleurs colitiques habituelles. La découverte des AMIBES HEMATOPHAGES était relativement facile au cours de ces états et le traitement anti-amibien immédiatement entrepris s'avérait efficace.

- Des syndromes diarrhéiques douloureux, d'intensité variable, avec selles liquides, impérieuses, contenant ou non des AMIBES, plus ou moins bien influencés par le traitement anti-amibien et ressortissant de causes multiples.

- Des syndromes diarrhéiques graves, accompagnés d'une intolérance gastrique totale, entraînant une déshydratation et une dénutrition rapides, nécessitant une thérapeutique énergique, à base de perfusions de sérum et de plasma, laquelle s'est révélée efficace dans la quasi-totalité des cas, s'il ne s'agissait pas, toutefois, d'agonisants qui décédaient au cours des heures suivant leur libération, dans le marasme et l'adynamie, avec une diarrhée hydrique profuse.

Il nous a été donné, dans huit cas suivis de décès rapide, de constater à l'autopsie d'énormes lésions du colon, consistant en amincissement extrême, ("intestin baudruche") ou perforations de taille variable, pouvant, à l'extrême degré, entraîner de vastes destructions coliques, hors de toutes ressources médicales ou chirurgicales, l'ensemble du coecum et du colon ascendant ayant pratiquement disparu. Ces effroyables lésions, dont les descriptions se trouvent dans tous les vieux Traités de Médecine Exotique, ne se rencontrent plus à l'heure actuelle que dans les cas, très exceptionnels, d'amibiase totalement négligée et l'on s'accorde, généralement, à admettre dans leur déterminisme une association de l'amibe avec des agents microbiens particulièrement virulents, dont l'identité n'est pas clairement établie.

Les affections responsables de ces troubles digestifs sont nombreuses et susceptibles d'exercer leur action simultanément chez le même individu.

a) - L' AMIBIASE. -

En Extrême-Orient, même en l'absence de preuve parasitologique, elle est toujours suspectée lorsqu'on observe des troubles colitiques, même les plus banaux.

Chez des hommes particulièrement exposés à la consommation d'eau souillée, vivant sans hygiène corporelle, sans savon, il était prévisible que l'amibiase prendrait une large extension. Les faits confirment ces prévisions, car, dans un très grand nombre de cas, il a été possible de retrouver le parasite dans les selles au cours de l'hospitalisation qui a suivi la libération.

De plus, à l'occasion des trop rares et surtout de trop minimes traitements émétiniens qui ont pu être administrés dans les camps, l'amélioration consécutive observée signait

l'étiologie amibienne du syndrome. Il est donc certain que l'amibiase a joué un rôle considérable dans la pathologie intestinale des prisonniers.

b) - LES ENTEROCOLITES MICROBIENNES . -

Un état infectieux accompagnant l'émission d'un grand nombre de selles, une rapide déshydratation, évoquaient impérieusement les syndromes dysentériques de nature BACILLAIRE.

La preuve coprologique fut difficile à apporter, car, devant l'afflux de malades et l'état précaire de la plupart, il fallait parer au plus pressé et traiter tout de suite, sans attendre, comme il est habituellement indiqué, d'avoir pratiqué une coproculture préalable.

La preuve sérologique a posteriori est, on le sait, très infidèle; pour les mêmes raisons, elle n'a pas souvent pu être mise en évidence, mais il existe des arguments cliniques de valeur :

- L'association aux troubles du transit intestinal de phénomènes dysuriques, en particulier cette sorte de synchronisation des sphincters, qui entraîne la miction involontaire au cours de la défécation.

- La béance de l'anus et l'atonie du sphincter, qui entraîne la souillure involontaire, signe assez nettement caractéristique des dysenteries bacillaires à évolution subaiguë ou prolongée.

- Les heureux effets de la thérapeutique de ces états par les antibiotiques du type chloramphénicol qui, dans certains cas, ont montré une action spectaculaire.

- Argument épidémiologique enfin, il est apparu dans les camps de véritables bouffées épidémiques dans des circonstances assez évocatrices :

" Dans le Camp 5^E, à 30 km. au Sud de PHU NHO QUAM
 "(Thanh Hoa), en Novembre 1952, à la suite d'une crue
 "de la rivière voisine, épidémie de diarrhée aiguë
 " fébrile ayant entraîné 3 à 4 décès par jour sur un
 " effectif de 250 à 300 prisonniers."

" L'eau de boisson provenait d'une mare, elle n'a
 " jamais été bouillie."

" A signaler qu'une crue de la même rivière en septembre-
 " octobre avait entraîné une épidémie d'ictères orangés
 " avec fièvre, parésie des membres inférieurs, céphalées
 " et délire, leptospirose très probable."

Témoignage du Lieutenant BLANC, I^o Tabor Mar.

c) - LES TROUBLES DIGESTIFS LIÉS A LA MALNUTRITION . -

Le régime à base de riz, trop souvent insuffisamment cuit et mal préparé, brusquement substitué au régime varié et équilibré, a entraîné plus ou moins rapidement et avec une intensité variable selon les individus, des troubles du transit caractérisés par : un ballonnement marqué, dû à des fermentations intestinales par suite du gros excès d'hydrates de carbone et de la modification secondaire de la flore intestinale prédominante.

Ce ballonnement reconnaît ensuite une autre origine, il est le fait de l'atonie intestinale carencielle (Deficiency bowell des auteurs anglo-saxons), prélude à tout syndrome carenciel de quelque nature que ce soit.

En même temps que le ballonnement apparaît une diarrhée séreuse, explosive, accompagnée d'émissions de gaz en abondance, gaz à odeur fermentative aigrelette.

Dans les cas graves, la déchloruration qui en résulte crée un véritable refus d'eau et le cercle vicieux ainsi

établi ne peut être rompu que par une thérapeutique parentérale de rechloruration-rehydratation.

D'un stade plus tardif, les carences protidiques, par l'hypotension plasmatique qu'elles entraînent, aboutissent au même résultat.

La diarrhée séreuse avec fermentation est l'expression habituelle la plus constante de tous les états de malnutrition.

d) - LES PARASIToses INTESTINALES AUTRES QUE L'AMIBIASE. -

Les helminthes : ascaris, ankylostomes, sont capables de provoquer des phénomènes diarrhéiques, mais en général épisodiques, sans grande gravité.

Les anguillules, qui ont été trouvées très fréquemment dans les selles des prisonniers libérés, peuvent, par contre, entraîner des troubles plus persistants et même chez les individus séjournant dans d'excellentes conditions, en dehors de toute captivité, amener à des états de dénutrition sévère. On conçoit que chez un prisonnier ces états aient pu être observés assez couramment.

Nous avons la notion d'un certain nombre de malades pour lesquels une observation prolongée et un traitement attentif n'ont pu déceler d'autre cause qu'une anguillulose à une diarrhée chronique rebelle.

Les protozoaires type flagellés et infusoires ont certainement contribué à créer des diarrhées aiguës ou chroniques, mais ils ne semblent pas avoir pris chez les prisonniers une part plus grande que celle qu'ils occupent en milieu militaire normal. Leur traitement n'a posé aucun problème particulier.

e) - LA SPRUE & LES STEATORRHEES. -

Contrairement à ce que nous attendions, il n'a pas été observé de SPRUE vraie, ni même d'états dits PRESPRUIQUES. Nous avons cherché une explication à l'absence de ce syndrome polycarentiel d'absorption, dont la nature para-amibienne est certaine, qui était naguère de rencontre fréquente en Extrême-Orient, jusqu'au jour où l'introduction dans la thérapeutique de l'acide folique, puis de la Vitamine B.12, mettant à la disposition des médecins des armes puissantes, en aient réduit le nombre à l'état de rarissimes exceptions, par suite de traitement précoce des malades qui s'engageaient "dans les avenues de la sprue".

Or, les prisonniers ont, semble-t-il, réuni toutes les conditions étio-pathogéniques pour sombrer dans les polycarences d'absorption :

- diarrhées au long cours - amibiase - régime carencé en protides et vitamines.

Pourquoi, alors, n'avons-nous pas vu de spruiques ?

Pour tenter d'expliquer cette absence de sprue, il nous apparaît que deux facteurs sont à retenir :

1.- la courte durée de l'activité du maximum des libérés. Il faut des mois, quelquefois des années pour qu'une diarrhée au long cours se transforme en sprue;

2.- la carence quasi complète en matières grasses dans l'alimentation des prisonniers peut rendre compte de l'absence de stéatorrhées et, dans une certaine mesure, des autres éléments du syndrome. Que sait-on exactement des lésions histologiques de l'appareil glandulaire du tube digestif que l'on observe dans la sprue ? Quel est le déter-

minisme de ces lésions et des troubles fonctionnels, bien connus mais mal expliqués ?

La graisse non digérée ne joue-t-elle pas un rôle diétotoxique ?

Les vieux médecins Saïgonnais connaissaient bien la sprue, qui n'était pas l'apanage des broussards, mais frappait plus particulièrement de vieux résidents citadins.

Nous ne pouvons répondre à la question que nous posons; nous nous bornons à constater un fait sans apporter d'explications satisfaisantes.

f) - Enfin, dernière notion à retenir dans le cadre des troubles digestifs :

Les nécropsies pratiquées chez les prisonniers libérés, décédés après leur libération, ont montré quasi constamment de très importantes adénopathies mésentériques, faites de volumineux ganglions, dans lesquels l'examen anatomopathologique ne décelait pas de lésions inflammatoires aiguës, mais de l'œdème avec une discrète infiltration macrocytaire.

La présence de ces ganglions, jointe aux altérations de la muqueuse intestinale, amincissement, atrophie, suffusions hémorragiques quelquefois, permet de penser que l'intestin a été le siège d'agressions infectieuses multiples ou prolongées, chroniques en somme, et a pu servir de porte d'entrée à des germes normalement incapables de franchir la barrière que constitue la muqueuse intestinale armée de ses éléments défensifs naturels.

Nous verrons au Chapitre des maladies infectieuses que cette perméabilité est peut-être à l'origine de certaines particularités observées.

minisme de ces lésions et des troubles fonctionnels, bien connus mais mal expliqués ?

La graisse non digérée ne joue-t-elle pas un rôle diétotoxique ?

Les vieux médecins Saïgonnais connaissaient bien la sprue, qui n'était pas l'apanage des broussards, mais frappait plus particulièrement de vieux résidents citadins.

Nous ne pouvons répondre à la question que nous posons; nous nous bornons à constater un fait sans apporter d'explications satisfaisantes.

f) - Enfin, dernière notion à retenir dans le cadre des troubles digestifs :

Les nécropsies pratiquées chez les prisonniers libérés, décédés après leur libération, ont montré quasi constamment de très importantes adénopathies mésentériques, faites de volumineux ganglions, dans lesquels l'examen anatomopathologique ne décelait pas de lésions inflammatoires aiguës, mais de l'œdème avec une discrète infiltration macrocytaire.

La présence de ces ganglions, jointe aux altérations de la muqueuse intestinale, amincissement, atrophie, suffusions hémorragiques quelquefois, permet de penser que l'intestin a été le siège d'agressions infectieuses multiples ou prolongées, chroniques en somme, et a pu servir de porte d'entrée à des germes normalement incapables de franchir la barrière que constitue la muqueuse intestinale armée de ses éléments défensifs naturels.

Nous verrons au Chapitre des maladies infectieuses que cette perméabilité est peut-être à l'origine de certaines particularités observées.

L° Amibiase Hépatique. -

Alors que l'amibiase intestinale, intriquée dans l'ensemble des troubles colitiques, est intervenue d'une façon très importante dans la morbidité générale des prisonniers libérés, les manifestations hépatiques de la maladie paraissent n'avoir eu qu'une faible fréquence.

1°) - LES ABCES DU FOIE :

Sept abcès ont été observés : soit 0,07 % des libérés.

- l'un, opéré en captivité, est mort peu après la mise en liberté, avec un vaste abcès sous-hépatique, une myosite né-crosante diaphragmatique, un abcès du poumon;

- un malade est décédé à DALAT, cachectique, dénutrit, por-teur de deux volumineux abcès méconnus, certainement consti-tués depuis plusieurs mois;

- cinq autres malades ont subi une intervention chirurgi-cale pour abcès du foie et ont guéri. L'un de ces abcès, to-talement méconnu parce qu'ancien, a été drainé d'urgence a-lors qu'il donnait des signes de fissuration (Cap. BALPETRE).

La répartition raciale s'établit comme suit :

{ Européens :	5	dont un décès
{ Nord-Africains :	2	dont un décès

2°) - LES HEPATITES MEDICALEMENT CURABLES :

Leur proportion est difficile à établir, car une grande con-fusion a régné à l'occasion des déplacements précédant la li-bération. L'ennemi paraît avoir eu tout-à-coup, dans les dernières semaines, le souci de faire soigner ses prisonniers pour les rendre en meilleur état. De ce fait, un certain nom-bre de prisonniers ont reçu quelques injections d' EMETINE

insuffisantes, sans doute, pour traiter de façon correcte une hépatite, mais qui ont néanmoins modifié le tableau clinique et atténué la symptomatologie fonctionnelle.

De plus, un élément perturbateur est intervenu sous la forme d'une épidémie de LEPTOSPIROSE en amont de VIE-TRI, entre le 10 et le 20 Août 1954.

Il me paraît utile d'insister particulièrement sur la difficulté extrême du diagnostic immédiat entre l' AMIBIASE HEPATIQUE AIGUË et les formes anictériques bâtarde de LEPTOSPIROSE. Dans les deux cas, on observe : un état infectieux avec hépatalgie, une augmentation de volume du foie (la splénomégalie a été très contingente parmi les malades atteints de leptospirose que nous avons pu voir); ce gros foie est douloureux au palper et à l'ébranlement.

Les signes radiologiques peuvent également tromper, car, quand le foie est gros, la coupole droite est surélevée et perd de sa mobilité.

Enfin, les signes biologiques sont strictement identiques : leucocytose élevée, de 9 à 14.000, avec forte polynucléose, 70 à 85 % - ou davantage - : la vitesse de sédimentations accélère et atteint des valeurs de l'ordre de 90 à la première heure, 110/120 à la deuxième heure.

Il n'en faut pas plus pour mettre en oeuvre, à la libération, un traitement émétinien et, comme il s'est trouvé fort heureusement, que ces leptospiroses ont été dans l'ensemble bénignes et d'évolution favorable, la symptomatologie s'est amendée assez rapidement.

Il nous a paru impossible, dans ces conditions, d'établir une statistique valable des HEPATITES AMIBIENNES.

5.) - LES PARASITOSES INTESTINALES -

Placés dans les conditions matérielles de l'autochtone, ces prisonniers ont subi une infestation helminthique particulièrement riche et variée, dont les effets se sont exprimés de façon variable, avec une intensité directement proportionnelle à la durée de la captivité, l'action pathogène étant relativement lente et progressive.

Pratiquement, tous les prisonniers libérés étaient porteurs de parasites intestinaux et souffraient, plus ou moins, des troubles ou des désagréments apportés par la présence des adultes dans leur intestin ou le transit des larves dans l'appareil respiratoire. L'éosinophilie sanguine était quasi constante, oscillant de 5 à 35 % des leucocytes.

L' ASCARIDIOSE :

Bien connue des prisonniers, à cause du gros volume des vers, facilement reconnus lors de leur expulsion, soit dans les selles, soit, plus rarement, par la bouche.

Cette élimination, spontanée ou provoquée par l'absorption de vermifuges de fortune, entraînait chez les porteurs une légitime satisfaction qu'ils se plaisaient à rapporter lors de leur libération. Quelques-uns, cependant, non incommodés, manifestaient un certain étonnement lors d'un déparasitage entraînant l'expulsion de 20, 30 ou 50 ascaris !

Cette parasitose si voyante et répandue à la quasi totalité des prisonniers ne donna lieu cependant à aucun des classiques accidents graves; tout au plus a-t-on constaté des phénomènes de pseudo-colique hépatique ou néphrétique, un incident simulant une réaction péritonéale. Plusieurs appendicites ont été opérées dans les suites de captivité, mais jamais la responsabilité des vers n'a pu être établie.

Le déparasitage a été opéré rapidement chaque fois que l'état intestinal le permettait. Lorsque des troubles du transit

existaient, le déparasitage a été différé jusqu'au moment où, l'équilibre rétabli, la réalimentation réalisée, il pouvait être pratiqué sans inconvénient. Il a été fait, dans ces cas, prudemment, par de faibles doses de vermifuges, sans purgation. La cure avec 0,10 gr. de SANTONINE, quatre jours consécutifs, répétée quelques jours plus tard, a donné d'excellents résultats, sans créer de troubles digestifs secondaires.

Il est bien certain que des cures ultérieures doivent être faites après rapatriement, pour compléter un déparasitage nécessairement imparfait, mais suffisant tout de même pour réduire l'infestation à des taux raisonnables, donc à une tolérance parfaite.

L'ANKYLOSTOMOSE :

Moins connue des intéressés, puisque seul l'examen microscopique peut en apporter la preuve, son incidence, mise en évidence par les examens systématiques des selles, a été très large parmi les prisonniers, vivant pieds nus et exposés constamment à la contamination transcutanée par la boue des mares, des arroyos, des abords de feuillées.

L'expression clinique de cette parasitose n'a pu être observée à l'état pur, car les troubles engendrés par elle viennent s'intriquer avec ceux que réalisent le paludisme, les syndrômes de carence, les plaies infectées des membres inférieurs, les grandes cachexies.

Ces troubles, de rencontre fréquente chez les prisonniers, s'inscrivent dans des tableaux cliniques intriqués et confus, où l'on retrouve :

- l'anémie, parfois extrême, inférieure au million, qu'il est impossible de dissocier de celle d'un paludisme viscéral fréquemment mis en évidence;

- les oedèmes : siégeant aux membres inférieurs, ils ne se différencient en rien de ceux que créent les carences protidiques, les inflammations dues aux plaies infectées des pieds

toujours nus, les réactions allergiques régionales dont sont fréquemment responsables les mycoses;

- la myocardie, avec son gros coeur mou, rapide, galopant, réalisée également par le béri-béri cardiaque subaigu et conduisant souvent à l'insuffisance cardiaque aggravée par l'anémie intense et peut être responsable de certains décès dont la cause n'a pu être mise en évidence de façon précise, car ils sont survenus quelques heures après la libération, décès subits, pour lesquels l'autopsie et les examens anatomo-pathologiques ont montré des altérations du myocarde;

- la toux vermineuse, symptôme banal, réalisé également par l'ascaridiose, s'exprimant quelquefois par des infiltrats pulmonaires labiles, plus souvent par une simple trachéobronchite irritative, apyrétique et particulièrement rebelle aux sédatifs habituels.

Le symptôme le plus évident, celui qui, dans une certaine mesure, exprime par son degré la gravité de la maladie, l'ANEMIE, est susceptible de régresser de façon parfois spectaculaire, toujours satisfaisante, sous l'effet d'un traitement martial, sans qu'il soit nécessaire de procéder au déparasitage. Comme ce dernier, pour être efficace, nécessite l'emploi de vermifuges assez énergiques, je l'ai déconseillé. J'ai, en particulier, formellement proscrit l'usage de tétrachlorure de carbone ou d'éthylène, de chloroforme, dont la toxicité bien connue risquait de déterminer, chez ces sujets fragilisés, des dégénérescences hépatiques ou des atteintes rénales graves.

L'administration de doses élevées de fer, sous forme de protoxalate, à l'exclusion d'autre thérapeutique, a donné d'excellents résultats. L'action constipante du fer a permis, parallèlement, d'améliorer des états diarrhéiques traïnants, tandis que son action majeure anti-anémique s'exerçait aussi bien vis-à-vis de l'anémie palustre que de l'anémie parasitaire.

Des réparations globulaires rapides ont aussi été observées sans aucun déparasitage, celui-ci ne devant intervenir qu'ultérieurement, pour compléter le traitement de l'helminthiase, alors que tout risque de déclencher des troubles intestinaux graves était écarté.

L' ANGUILLULOSE :

Fréquemment constatée au cours des examens coprologiques systématiques, elle reste cependant statistiquement très loin derrière l'ascaridiose et l'ankylostomose.

Elle semble s'être, d'une façon générale, limitée à une infestation simple, sans expression clinique nette.

Dans de très rares cas, cependant, des diarrhées persistantes, rebelles à tous les traitements dirigés tour à tour contre l'amibiase, les infections intestinales microbiennes, les carences diverses, ont pu faire penser que les ANGUILLULES pouvaient en être responsables.

La thérapeutique de l'anguillulose étant encore à découvrir, l'on s'est contenté de mettre en oeuvre les médications symptomatiques classiques avec des résultats aussi classiquement décevants.

LES AUTRES PARASITOSEES INTESTINALES :

Toeniasis, protozooses à flagellés, ont été rencontrés, mais avec une fréquence comparable à celle observée dans l'ensemble du Corps Expéditionnaire. Il ne semble pas que les conditions de la captivité aient pu intervenir dans leur déterminisme.

Il n'a pas été noté de distomatose intestinale.

6 . - LES MALADIES INFECTIEUSES -

Elles ont toujours été une partie importante de la pathologie tropicale et le diagnostic d'un état infectieux n'est souvent possible qu'avec l'aide du laboratoire, qui apportera un élément NEGATIF : l'absence d'hématozoaires et des éléments POSITIFS immédiats : hémoculture, coproculture, uroculture, examen bactériologique des crachats, ou des renseignements rétrospectifs : séro-diagnostic de VIDAL, de WEILL-FELIX, de MARTIN & PETTIT. Mais qui n'a été aux prises avec ces états infectieux purs, où l'examen clinique est strictement négatif, où les investigations biologiques demeurent désespérément muettes ?

En pratique courante déjà, alors que tous les moyens sont mis en oeuvre pour déterminer la nature de ces affections, l'étiologie reste assez souvent incertaine, par suite de l'infidélité et de la labilité des tests sérologiques.

Mais chez les prisonniers libérés, les conditions d'encombrement hospitalier ont été telles qu'il n'a pas été possible de s'entourer de toutes les investigations souhaitables. De plus, l'urgence du traitement dans un grand nombre de cas, n'a pas permis de les réaliser au moment où elles auraient eu quelque chance de nous éclairer.

Dans ces conditions, il n'est pas possible de faire un bilan très exact de l'incidence des maladies infectieuses parmi les prisonniers. Nous ne pouvons que rapporter quelques faits précis, malheureusement sans données numériques valables.

Les FIEVRES TYPHO-EXANTHEMATIQUES paraissent ne pas avoir joué le rôle important que l'on pouvait redouter, chez des hommes vivant en brousse, pieds nus, mal protégés contre les acariens, vecteurs de SCRUB-TYPHUS en particulier.

Les médecins prisonniers n'en ont signalé que quelques rares cas, les médecins traitants des Hôpitaux de réception n'ont pas l'impression d'en avoir observées, les sérodiagnostics de WEIL-FELIX n'ont pas apporté de preuve rétrospective.

Par contre, deux affections ont retenu notre attention et font l'objet de deux chapitres à notre avis importants :

- les SALMONELLOSES

et

- les LEPTOSPIROSES.

Les SALMONELLOSES . -

I. FAITS OBSERVES :

Des hémocultures pratiquées pour des malades présentant un état infectieux, à leur arrivée ou au cours de leur hospitalisation, permirent d'isoler :

- une Salmonelle du Groupe A = PARATYPHI A
- cinq Salmonelles du Groupe D, à savoir :
deux S. TYPHI, deux S. ENTERITIDIS, une S. BLEGDAM
- onze Salmonelles du Groupe C, dont le diagnostic fut pratiqué par agglutination à partir du sérum spécifique C, mais dont la structure antigénique ne fut étudiée que pour six d'entre eux; il s'agissait trois fois de S. PARATYPHI C vrai, trois fois de S. CHOLERAЕ SUIS.

En outre, trois souches furent isolées, respectivement à partir d'un abcès sous-cutané, d'une myosite et d'un épanchement purulent articulaire. Il s'agissait de Salmonelles du Groupe C. Dans l'un de ces cas, l'hémoculture était également positive, dans un autre, le séro-diagnostic au PARA C était positif au 1/800°.

Enfin, pour deux malades ayant présenté un épisode toxi-infectieux accompagné de diarrhée, le séro-diagnostic fut positif au PARATYPHIQUE C.

Au total : pour 20 malades, des Salmonelloses furent confirmées par le Laboratoire. Il s'agissait trois fois de Salmonelles habituelles : EBERTH et PARATYPHIQUE A et 17 fois de Salmonelles rarement rencontrées en hémoculture, 3 appartenant au GROUPE D, 14 au GROUPE C.

Cliniquement, le plus souvent, il s'agissait de malades à l'état général précaire, cachectiques, oedématisés, la courbe thermique évoluait, soit en plateau autour de 40°, soit par grandes oscillations irrégulières, le pouls était constamment accéléré, la tension artérielle basse.

Comme toujours, chez les prisonniers, ces malades associaient à une Salmonellose, d'évolution plus ou moins récente, des troubles carenciels, une infestation palustre, qu'objectivait chez plusieurs la présence concomitante d'hématozoaires et une atteinte colique parasitaire; pour plusieurs, le chiffre des globules rouges atteignait à peine le million.

Le tableau clinique, dont la variété s'explique par l'ancienneté de la maladie d'une part, par l'importance et la multiplicité des associations pathogènes d'autre part, se caractérisait cependant par deux signes presque constamment rencontrés : une diarrhée liquide, très abondante, de coloration grisâtre, extrêmement fétide et un météorisme abdominal très marqué, beaucoup plus considérable qu'un banal ballonnement ou même qu'une distension importante: tout le trajet du gros intestin était dilaté, repoussant la paroi abdominale amincie, comme si l'on avait insufflé la cavité au maximum de pression. Sondes rectales et aspirations par sonde ne furent que des palliatifs peu efficaces dans de tels états, véritables Colo-typhus.

La maladie diagnostiquée ou, le plus souvent, évoquée cliniquement, puisqu'aussi bien le résultat de l'hémoculture n'était connu que plus tardivement, le traitement par le CHLORAMPHENICOL était prescrit et donnait, dans la majorité des cas, un résultat spectaculaire, tant sur le tableau infectieux que sur les troubles intestinaux.

A cette thérapeutique s'associaient évidemment le SANG, le PLASMA, les HORMONES cortico-surrénales, les TONICARDIAQUES et le traitement anti-palustre, dans la mesure où ils étaient nécessaires.

Si, pour quelques-uns, dont l'affection était récente, datant de quelques jours avant leur libération ou même survenue pendant leur hospitalisation, la récupération fut rapide, du fait de la précocité du traitement, pour la majorité, la convalescence fut prolongée et l'état général demeurait précaire au moment de leur rapatriement sanitaire.

Deux décès survinrent. Tous deux liés à des Salmonelloses du GROUPE C. Pour le premier (N°15), il s'agissait d'une véritable encéphalite typhoïdique, dont l'évolution se fit en trois jours après la libération; l'hémoculture était positive.

Pour l'autre (N° 61), grand cachectique anémique, dont la maladie était ancienne, il s'agissait d'une véritable septico-pyohémie. La Salmonelle C fut isolée du pus d'une myosite de la jambe droite, alors que l'hémoculture demeurait négative. L'autopsie révéla des abcès de la rate, une péritonite et une péricardite.

Cet aspect de pyohémie, avec suppuration périphérique, fut retrouvé chez trois autres malades qui guérirent. Deux présentaient des myosites, le troisième une arthrite suppurée du genou. La Salmonelle PARA C fut isolée dans les liquides de ponction.

II . COMMENTAIRES :

Les Salmonelles habituelles ne furent observées que dans trois cas, alors que les Salmonelles du GROUPE C (PARATYPHI C et CHOLERAЕ SUIS) le furent dans 70 % des cas et des Salmonelles du GROUPE D (ENTERIDIS et BLEGDAM) dans 15 % des cas.

Nous rappellerons qu'en Indochine les statistiques des Instituts PASTEUR et des Laboratoires d'Armées montrent que l'EBERTH représente 76 % des souches isolées, le PARA A 20 %, le PARA B 2 %, enfin les germes du GROUPE C environ 2 %.

La rareté des Salmonelloses habituelles observée chez les prisonniers libérés est liée à l'efficacité de la vaccination TRIPLE ASSOCIEE. Les vaccins employés ne contiennent pas de souches du GROUPE C. Quant à l'explication de la fréquence de ce type de Salmonelle, nous la voyons dans le fait qu'il s'agit de Salmonelles habituellement animales. Les conditions de vie des prisonniers (promiscuité extrêmement fréquente avec les animaux domestiques, hébergement dans les étables et porcheries à l'étape ou pour motifs disciplinaires), leur alimentation, surtout dans les derniers jours, où des rations supplémentaires de viande de porc furent distribuées, ainsi que des oeufs de cane, éclaircissent l'épidémiologie.

Ces germes entraînent le plus souvent, non pas des septicémies, mais des toxi-infections alimentaires, liées à l'action des toxines élaborées au fur et à mesure que le germe se développe sur l'aliment contaminé. Ces toxines, véritables alcaloïdes, résistent à la cuisson.

On peut penser que, dans les camps, de telles toxi-infections furent fréquemment rencontrées, à côté des formes septicémiques et septico-pyohémiques inhabituelles en pathologie courante, mais non surprenantes chez des sujets à l'état général précaire, soumis à des agressions digestives multiples, microbiennes et parasitaires.

Il est probable que la multiplication des hémocultures et des coprocultures au moment de la libération aurait permis d'isoler plus fréquemment ces germes. Souvent, des malades diarrhéiques furent traités par des antibiotiques actifs (Chloramphénicol en particulier), alors qu'il était impossible de pratiquer des milliers d'examens systématiques et que coprocultures et hémocultures étaient réservées à ceux présentant un syndrome infectieux.

Il paraît logique de rapprocher ces PARATYPHOIDES C, dont l'aspect clinique fut souvent celui de COLO-TYPHUS, des perforations et nécroses coliques qui furent une des causes les plus fréquentes de la mortalité chez les libérés. La FIEVRE TYPHOÏDE et en particulier les PARATYPHOIDES, se compliquent, non seulement de perforations iléales, mais aussi de perforations coecales et coliques. Le COLO-TYPHUS entraînait, avant l'apparition du CHLORAMPHENICOL, 35 % de perforations coliques habituellement mortelles.

L'association de l'° AMIBIASE qui, avant l'° EMETINE, créait des lésions voisines et de ces SALMONELLOSES explique peut-être les grands délabrements nécrotiques que nous révélèrent les autopsies. La fréquence de l'hypertrophie oedémateuse et inflammatoire des ganglions mésentériques observée dans presque toutes les autopsies est en faveur de cette hypothèse.

Les LEPTOSPIROSES . -

I . FAITS OBSERVES :

En captivité, les médecins prisonniers ont observé des cas d'ictère fébrile dont le tableau clinique évoquait la LEPTOSPIROSE . L'un d'eux, le Médecin Lieutenant LOUP, est décédé, le 30 Juillet 1951, à BAN-VIET, d'une leptospirose évidente.

Au Camp N° I, peu de jours avant la libération, apparut une épidémie d'ictères fébriles. Nous avons pu examiner et interroger ces malades, dont certains étaient encore en évolution et en phase ictérique. En même temps, se manifestèrent des états infectieux atypiques, sans ictère, sans néphrite nette, mais avec une note encéphalique ou méningée, qui nous ont fait penser qu'il s'agissait de formes anictériques de la maladie.

Enfin, des témoignages de prisonniers libérés, originaires d'autres camps (70 - 5E - 3), font état de nombreux cas d'ictères fébriles avec symptomatologie particulière et importante mortalité, que nous pensons avoir été des leptospiroses.

Ceci ne saurait nous étonner, les leptospiroses sont fréquentes dans le Nord Viet-Nam, le Laos. Elles ont été signalées par VANCEL à TUYEN-QUANG, VIE-TRI, en 1933.

Au cours de l'année 1953, DELAHOUSSE en a publié 84 observations de malades traités à l'Hôpital de LANESSAN, 52 provenant du Delta, 32 venant du Laos.

Nos propres observations concernant les prisonniers libérés portent sur les officiers admis dans notre service de l'Hôpital GRALL.

29 malades ont été suspectés cliniquement; 11 séro-diagnostic pratiqués sur ces convalescents se sont montrés positifs, 3 sont demeurés négatifs, les résultats des 15 autres ne sont pas encore parvenus.

De plus, nous avons la conviction que trois décès survenus à la veille de la libération sont dus à des leptospiroses. Il s'agit de :

- Lieutenant-Colonel DUCRUY
- Lieutenant de CHAPOTAIN
- Capitaine GENDRE.

Le Lieutenant-Colonel DUCRUY, provenant du Camp des Officiers Supérieurs de DIEN-BIEN-PHU, a présenté, vers le 22 ou 23 Août, un état infectieux avec fièvre élevée, vomissements, douleurs articulaires et musculaires. Cet état s'est installé en même temps que tombaient malades d'autres officiers, tel le Commandant CLEMENÇON, atteint lui-même de leptospirose confirmée ultérieurement par le séro-diagnostic. Après une semaine d'évolution, le malade a été admis à l'Hôpital du km.31, où il est décédé le 1^o Septembre, tandis que ses compagnons de captivité étaient libérés le lendemain.

Le Lieutenant de CHAPOTAIN, tombé malade à la même époque, a souffert, lui aussi, de fièvre élevée, avec myalgies; après une rémission passagère, la rechute est apparue avec une note encéphalitique et le décès est survenu rapidement à quelques heures de la libération.

Le Capitaine GENDRE est décédé d'hémorragie intestinale au cours d'un état infectieux.

II . COMMENTAIRES :

Parmi les Officiers que nous avons examinés, nous avons noté :

- un maximum de formes ictériques : 60 % environ;
- quelques cas anictériques avec manifestations neurologiques sous l'aspect de névrites isolées ou de poly-névrites rapidement régressives;
- des formes néphrétiques pures.

Nous nous sommes attachés à rechercher les formes frustes et avons fait pratiquer assez largement des séro-diagnostic dont l'exécution est encore en cours et dont les résultats ne sont pas encore tous parvenus.

Diverses souches ont été identifiées par séro-agglutinations :

{	L. Bataviae	4 cas
	L. Ictero-hemorragiae	4 cas
	L. Australis	1 cas
	L. Canicola	1 cas

Des coagglutinations ont été observées avec les souches :

{	Canicola - Ictéro-hemorragiae
	Bataviae - Poi
	Bataviae - Australis
	et entre souches diverses d'Ictero-hemorragiae

Une étude complète de ces réactions ne pourra être faite que dans quelques mois, après réception de l'ensemble des résultats.

Par ailleurs, la maladie a été suspectée et recherchée par séro-diagnostic parmi les malades non officiers hospitalisés dans diverses formations.

Là encore, les résultats sont incomplets, mais quelques réactions positives permettent d'affirmer l'existence de la maladie dans d'autres camps.

Dans l'ensemble, il s'est agi d'affections bénignes, déjà en voie de convalescence au moment où les malades ont été libérés.

Aucun décès par leptospirose n'a été enregistré après libération.

Les causes de cette épidémie sont à rechercher dans le déplacement des prisonniers au cours des derniers jours de leur captivité, alors que les mesures d'hygiène rigoureuses prises dans le Camp N° I n'étaient plus strictement réalisables.

7.) - LA TUBERCULOSE -

Son dépistage a été fait de façon particulièrement soignée et l'on peut affirmer qu'aucun prisonnier n'a échappé aux examens radiologiques systématiques.

D'abord, le jour de la libération, tous ont été vus en radioscopie par des spécialistes qualifiés.

Ensuite, au cours de l'hospitalisation, les examens ont été répétés et des clichés sont venus préciser les renseignements de la radioscopie.

Les examens bactériologiques des crachats, enfin, ont été largement pratiqués.

Le résultat de ces investigations s'exprime sur le tableau suivant :

	Pulmonaire		Pleu- rale	Ganglio- naire	DECES
	Ouverte	Fermée			
Européens	13	8	3		1
Nd. Africains	17	1	2	1	1
Africains		1			
Indochinois					
TOTAL	30	10	5	1	2

Soit un TOTAL GENERAL de 48 cas avec deux décès .

Ce tableau appelle quelques commentaires :

1. Les Indochinois ont été intégralement épargnés.
2. Les Africains également.
3. Les Occidentaux, Européens et Nord-Africains, représentent la quasi totalité des cas.

La forme pulmonaire vient largement en tête avec 40 malades contre 5 à la forme pleurale.

Il est possible que se soient glissés, parmi les tuberculoses fermées, quelques erreurs de diagnostic imputables à la confusion d'un infiltrat tuberculeux avec les infiltrats labiles de nature allergique vermineuse si communs en Indochine. Les délais d'observation rendent cette éventualité relativement peu probable, mais il n'était pas permis de maintenir en Indochine des malades, dont le rapatriement devait se faire de toutes façons, pour le seul bénéfice d'étayer indiscutablement un diagnostic, qui devait nécessairement être confirmé ou infirmé très rapidement à l'arrivée dans la métropole ou l'Afrique du Nord.

Sur les 10 cas ainsi étiquetés "tuberculose fermée", 3 ou 4, au maximum, peuvent prêter à cette erreur, sans aucune conséquence pour l'individu, alors que l'erreur inverse ou le retard du rapatriement risquaient de compromettre gravement l'avenir de ces malades.

On peut s'étonner de cette proportion relativement très faible de tuberculeux sur une collectivité livrée à une convergence particulièrement impressionnante de causes de débilitation et de déchéance de l'organisme : climat tropical, malnutrition, épuisement physique, paludisme grave, maladies infectieuses anergisantes, manque d'hygiène quasi total.

Je pense qu'il faut interpréter cette modeste incidence avec infiniment de réserves, en tenant compte des considérations suivantes :

La rapidité et la malignité de l'évolution de la tuberculose est bien connue sous les climats tropicaux et tout spécialement en Indochine, où le dépistage d'un malade entraîne ipso facto le rapatriement en priorité par voie aérienne.

Dans ces conditions, les tuberculoses déclarés en captivité ont dû, pour les raisons ci-dessus exposées, évoluer avec une rapidité telle que le décès est intervenu au cours de la captivité. C'est le cas pour les prisonniers antérieurs à DIEN-BIEN-PHU. La sélection naturelle a joué et les tuberculeux ont spontanément disparu.

Pour ceux capturés à DIEN-BIEN-PHU (et qui représentent la majorité du contingent libéré), le problème se pose différemment. Certes, les fatigues de la marche forcée de 600 à 700 kilomètres qui a suivi la capture, les conditions de vie par la suite, ont contribué à préparer le terrain pour des flambées tuberculeuses, que l'on serait en droit de s'étonner de ne point constater à la libération, si l'on ne tenait compte du court délai d'observation. - Cette flambée tuberculeuse n'est pas le moins du monde évitée, mais il est encore trop tôt pour l'observer. Elle se manifestera dans l'année à venir, car son incubation exige des délais qui se comptent en mois. Cette notion commande une surveillance radiologique étroite pendant plusieurs mois, de tous les anciens prisonniers et doit inciter à une grande prudence dans le renvoi outre-mer des Européens qui ont subi cette captivité.

8. - LES TROUBLES PSYCHIQUES

Le nombre relatif des prisonniers de guerre libérés hospitalisés pour troubles mentaux a été très inférieur aux prévisions, très inférieur en particulier à la proportion observée parmi les prisonniers libérés des camps allemands en 1945.

Il faut sans doute tenir compte, dans cette appréciation, des pertes importantes par décès au cours de la captivité, qui permettent de penser que les prisonniers ayant pu être atteints, dans les camps, de syndromes psychiques dépressifs ou confusionnels se seraient trouvés en état de moindre résistance à l'égard des agressions parasitaires ou carencielles auxquelles ont été soumis tous les prisonniers sans exception. Cette hypothèse est plausible mais non confirmée par des observations certaines.



Le Service de NEURO-PSYCHIATRIE de l'Hôpital Militaire ROQUES a reçu tous les prisonniers atteints d'affection mentale, ceux qui ont été observés à l'Hôpital de LANESSAN ou à l'Hôpital CIAIS ayant tous été évacués sur SAIGON. Il a reçu aussi la majeure partie des malades atteints d'affection neurologique.

Vingt sept prisonniers de guerre libérés ont été hospitalisés dans le service jusqu'à ce jour : dix-sept, pour des affections neurologiques qui ne font pas l'objet de ce chapitre; restent donc dix malades atteints d'affection mentale. Pour deux d'entre eux, il ne s'agissait que de troubles névrotiques mineurs ou occasionnels, qui ont cédé en quelques jours et ont permis l'exeat sans décision de rapatriement sanitaire.

Sur les huit malades mentaux observés, on retient :

- un syndrome dépressif hypochondriaque ayant parfaitement cédé à la sismothérapie;
- un syndrome confuso-maniaque guéri par sismothérapie;
- un syndrome confuso-stuporeux grave n'ayant été que peu amélioré par les électro-chocs. Il s'agissait d'un légionnaire allemand présentant des antécédents vésaniques;
- un syndrome dépressif anxieux compliqué de raptus de suicide, chez un Sénégalais qui a guéri sans thérapeutique de choc (isolement et psychothérapie).

Pour ces quatre malades, il semble que le syndrome mental existait au cours des derniers mois de captivité, donc avant la libération.

Les quatre derniers cas ont présenté un tableau clinique similaire et très particulier.

Il s'agissait, chez ces quatre malades, de prisonniers en excellent état psychique appa- rant au moment de leur libération, indemnes de tout antécédent psychopathique, qui, après quelques jours ou quelques semaines passées dans un Centre de Repos, en attendant leur rapatriement, ont présenté subitement un état confusionnel s'accompagnant de confabulation euphorique de type maniaque, ayant persisté chez deux d'entre eux pendant plusieurs semaines. Cet ensemble clinique particulier évoquait beaucoup plus un tableau maniaque que l'état dépressif mélancolique habituellement décrit dans les psychoses de captivité au cours de la dernière guerre. Chez l'un de ces malades, le tableau clinique a été celui d'une

psychose de Korsakoff où l'élément fabulatoire amnésique s'accompagnait de polynévrite.

Nous considérons ces quatre cas comme directement liés à la captivité et peut-être au traumatisme affectif de la libération. En effet, un tel aspect clinique n'est nullement classique chez les malades du Corps Expéditionnaire. Aucun élément de prédisposition tempéramentale ne peut être retenu dans ces cas qui concernent

un officier
 un sous-officier Européen
 un sous-officier Nord-Africain
 un légionnaire Français.

Ces quatre malades ont guéri dans un délai plus ou moins long, souvent prolongé (deux ont reçu des électro-chocs, un autre une pneumoencéphalothérapie, le dernier une thérapie uniquement sédative).

°°°

Les facteurs psychogénétiques peuvent être interprétés, soit sous l'aspect des agressions idéo-affectives répétées qu'a entraîné la suggestion forcée de la propagande politique dans les camps, soit sous celui d'une modification brutale de l'équilibre circulatoire cérébral certainement perturbé par un processus carenciel insuffisamment connu (voir les observations particulières de l'aspect de la circulation papillaire chez les prisonniers libérés).

9. - D I V E R S

Un assez grand nombre de prisonniers libérés nous ont signalé qu'ils avaient souffert, en captivité, de petites hématuries avec signes fonctionnels de cystite. De plus, nous avons constaté, avec une certaine fréquence, des coliques néphrétiques chez les libérés.

Un interrogatoire précis permet d'établir les caractères cliniques suivants :

- Survenue de ces hématuries au cours de la marche sur la piste entre DIEN-BIEN-PHU et les camps, ou au cours du voyage de retour vers la libération.
- Précession habituelle de douleurs lombaires vagues.
- Caractère total ou terminal de l'hématurie qui n'a jamais été très importante.
- Pollakiurie et cystalgie constantes.
- Absence de récurrence.
- Absence de séquelles cliniques ou biologiques.

Après la libération, nous avons recherché :

1. les oeufs de BILHARZIE dans les urines : sans succès
2. des signes d'altération fonctionnelle rénale : sans succès

Nous pensons qu'il s'est agi dans ces cas de phénomènes de lithiase de concentration chez des hommes fournissant un effort musculaire important, transpirant abondamment et, bien souvent, absorbant des quantités très insuffisantes d'eau, soit par crainte de consommer les eaux de surface polluées, soit par suite d'interdiction de corvées d'eau.

TABLEAU N° 5

TABLEAU RECAPITULATIF NOSOLOGIQUE
DE LA MORBIDITE DES PRISONNIERS DE GUERRE LIBERES.

	FRAN- ÇAIS	LEGION	NORD.A- FRICAINS	AFRI- CAINS	INDO- CHINOIS	CI- VIET	TOTAL
Non Classés	62	83	137	12	22	2	318
Bon Etat	139	148	148	21	60		516
Maladies Infectieuses	17	16	18		1		52
Ictères	19	5	4		1		29
Tuberculose	10	14	21	1			45
Troubles Mentaux	4	4	1	1			10
Cachexie	75	72	31		1		179
Paludisme	251	330	516	5	31		1133
Amibiase & Tr. Digestifs	351	517	448	39	12		1367
Amibiase Hépatique	8	5	4	1			18
Tr. Nutritionnels & Oedèmes	118	128	48	2			296
Autres Carences	8	8	5				21
T O T A L	1062	1330	1381	81	128	2	3984
Chirurgicaux légers							76
							4060

E . - CAUSES & CIRCONSTANCES DES DECES
SURVENUS APRES LIBERATION . -

SOIXANTE ET UN DECES (61) ont été observés après la libération.

Le TABLEAU N° 6 en exprime la répartition nosologique.

Pour les nécessités de la statistique, ne pouvant faire figurer le décès que dans une seule rubrique, nous avons apporté le plus grand soin à l'établissement du classement nosologique, mais il est bien certain que nombre de malades sont morts du fait d'agressions multiples et conjuguées, l'intrication joue encore aussi bien dans le déterminisme de la mort que dans la constitution des états pathologiques que nous venons de passer en revue.

-101-

Le PALUDISME arrive en tête avec 16 décès, suivi de près par les CACHEXIES EXTREMES (13 décès), puis les MALADIES INFECTIEUSES (13 décès), dont 3 FIEVRES TYPHOIDES.

Les 6 décès dus à la MALNUTRITION sont survenus deux fois dans la CACHEXIE OEDEMATEUSE, avec lésions carentielles des muqueuses (N° 32 et N° 42), une fois dans l'ANASARQUE (N° 26), une fois par STEATOSE HEPATIQUE (N° 29) et deux fois par OCCCLUSION INTESTINALE, due à l'atonie et au ballonnement, à cette paralysie de la motricité péristaltique, qui est si caractéristique des syndrômes nutritionnels. La tentative de réduction chirurgicale de l'occlusion était d'avance vouée à l'échec, ces sujets épuisés, carencés,

fragilisés à l'extrême ne pouvant faire les frais du choc opératoire venant s'ajouter à la toxémie occlusive.

Sept vastes perforations ou destructions par colite nécrotique ont été classées dans la rubrique AMIBIASE, bien que la confirmation ne soit apportée que dans deux cas. Tout porte à penser que l'amibiase a pu, au moins, faire le lit d'une action microbienne et qu'une association amoébo-microbienne est responsable des délabrements, cause directe de la mort.

Deux prisonniers libérés sont morts d' ABCES DU FOIE : l'un avait été opéré en captivité, mais était porteur de quatre abcès hépatiques et d'un abcès pulmonaire secondaire surinfecté; l'autre, porteur de deux abcès méconnus, est mort de cachexie toxique.



Si l'on examine les circonstances dans lesquelles sont survenus ces décès, c'est-à-dire la provenance des malades, la durée de la captivité, l'intervalle écoulé entre la libération et la mort, on remarque que :

- 66 % des décès sont survenus parmi les prisonniers détenus dans les camps du THANH-HOA. Cette mortalité plus élevée parmi les contingents libérés à SAM-SON corrobore l'impression clinique d'une plus importante morbidité nette dans les triages de HAIPHONG.
- 85 % intéressent des prisonniers de DIEN-BIEN-PHU.
- 95 % des décédés sortaient d'une captivité ayant duré moins de quatre mois.

- 30% n'ont survécu que quelques heures après leur libération : 15 décès en moins de 48 heures.

- 53% n'ont pas survécu plus d'une semaine.

Aucun Indochinois, aucun Africain ne figure sur le table au des décès, ces deux catégories de militaires ont d'ailleurs remarquablement fait les frais de la captivité.

Par ailleurs, il ne se dégage des chiffres aucune indication sur la plus ou moins grande incidence raciale des affections constatées.

L'absence de décès parmi les officiers peut, dans une certaine mesure, trouver son explication dans les meilleures conditions de leur captivité, sur lesquelles nous reviendrons.

°°°

Le chiffre de 61 décès représente un pourcentage de

- 0,6% -

des prisonniers libérés.

Ce chiffre est très modéré et cette faible mortalité en égard à l'état grave d'un très grand nombre de malades est due à la qualité de la technique médicale, à un approvisionnement en médicaments, plasma et sang conservé, qui n'a jamais fait défaut, à un réel effort sur les régimes alimentaires et, il faut bien le dire, aussi au dévouement de tous ceux qui ont contribué au transport, à l'accueil et aux soins.

Des récupérations presque inespérées ont pu être ainsi réalisées.

—————

D E C E D E S

	Tuber- culose	Cache- xie	Palu- disme perni- cieux	Amibiase intes- tinale	Amibi- hép- tic
OFFICIERS : 0					
SOUS-OFFICIERS 11					
Français		4	3		
Légionnaires	1	1			
Nord-Africains ...					
Africains					
Indochinois					
TROUPE : 50					
Français		5	4	1	
Légionnaires		3	4	4	1
Nord-Africains....	1		5	2	1
Africains					
Indochinois					
TOTAL	2	13	16	7	2

TABLEAU N° 6

TITULAT DES MILITAIRES EX-PRISONNIERS

ES RES LIBERATION

Amibiose hép- tique	Mala- dies micro- biennes	Fièvres ty- phoïdes	Troubles intesti- naux non- amibiens	Malnu- tri- tion	Suite de blessu- res	Cause indé- terminée	TOTAL
				1			8
	1						3
	2			2	1		15
1	4	2				1	19
1	3	1		3			16
2	10	3		6	1	1	61