

2. **RAPPORT** de la Commission à laquelle a été renvoyé l'examen du travail manuscrit présenté par M. le docteur A. BRODEN, directeur du laboratoire de la Société d'études coloniales, à Léopoldville (Congo), intitulé : *La trypanosomiase chez l'Européen (communication préliminaire)*. — M. FIRKET, Rapporteur (1).

M. Broden, qui dirige à Léopoldville le laboratoire de la Société d'études coloniales, est assurément bien placé pour observer les trypanosomiasés et tout spécialement la maladie du sommeil, si répandue dans la région du Stanley-Pool. Il a déjà fait hommage à l'Académie de plusieurs travaux sur ce sujet. Dans le mémoire qu'il nous soumet aujourd'hui, M. Broden nous fait connaître deux cas de trypanosomiase, l'un chez un missionnaire allemand ayant résidé dans le district de l'Équateur, l'autre chez une dame anglaise ayant séjourné sur le Lopori, dans le même district. Ces observations portent à sept le nombre des blancs chez lesquels M. Broden a pu retrouver le trypanosome signalé pour la première fois en Gambie par Dutton, et l'auteur, résumant ses recherches, nous expose divers points importants de l'histoire des infections trypanosomiques de l'homme.

On sait, depuis Dutton (2), que la trypanosomiase humaine peut se manifester par des accès fébriles bien différents de la maladie du sommeil, dont les rapports avec cette fièvre à trypanosomes n'ont été reconnus que plus tard. Ces accès n'ont rien de caractéristique et seront facilement confondus avec ceux de la fièvre paludéenne, qui, d'ailleurs, a presque toujours précédé, chez les malades, l'invasion du trypanosome. Il y a bien quelques symptômes qui peuvent éveiller l'attention d'un observateur sagace : telles sont l'accélération du pouls en dehors des accès, les éruptions cutanées, la lassitude, la céphalée, d'ailleurs inconstante, enfin et surtout la tuméfaction des ganglions cervicaux. Mais le

(1) Commissaires : MM. Desguin et Firket.

(2) Avant Dutton, Nepveu avait, en 1898, signalé la présence de trypanosomes chez sept malades observés en Algérie. Cette observation, dont j'avais publié un compte rendu dans *Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene* (1899, p. 265), a passé inaperçue, et plus tard on a reproché à Nepveu de n'avoir pas fait une description suffisamment précise des parasites qu'il avait considérés comme des trypanosomes.

seul élément essentiel du diagnostic, c'est la constatation du parasite dans le sang, ce qui demande certaines précautions et de la persévérance, les trypanosomes étant d'ordinaire peu abondants et pouvant même manquer pendant plusieurs jours dans le sang périphérique.

A cet exposé de faits, d'ailleurs bien connus aujourd'hui, M. Broden ajoute l'histoire résumée des malades dont il a publié antérieurement les observations. Nous ne pouvons malheureusement pas nous arrêter à l'appréciation de son travail : l'auteur désirant en hâter la publication, le mémoire a été inséré dans le numéro de décembre du *Bulletin de la Société d'études coloniales*, et nous en déposons ici un tiré à part.

Dans ces conditions, les traditions académiques nous imposent l'obligation de vous proposer le dépôt honorable de ce travail dans nos archives.

Il semble cependant que de cette lecture nous avons un enseignement à tirer, et l'Académie nous pardonnera de retenir un instant son attention sur un point dont elle appréciera l'importance. Nous voulons parler du rôle, chaque jour plus considérable, que joue le microscope dans le diagnostic des maladies des pays chauds. Ce rôle est assurément plus grand dans la pratique de la médecine aux colonies qu'il ne l'est dans notre pratique médicale d'Europe : cela s'explique par le grand nombre des maladies qui, dans les pays chauds, sont produites par des parasites animaux, directement visibles à l'examen microscopique, et sans parler même des infections localisées, intestinales, hépatiques, pulmonaires, l'histoire des fièvres tropicales en fournit un exemple manifeste.

Pendant longtemps, tout accès de fièvre observé dans les régions chaudes était considéré d'emblée et souvent sans autre examen qu'une application de thermomètre, comme une poussée de fièvre paludéenne, et à ce diagnostic sommaire, digne des temps hippocratiques, correspondaient une thérapeutique uniforme et une prophylaxie sans précision et sans effet. Depuis quelque dix ans, on s'est rendu compte que la pathologie des contrées tropicales est bien autrement compliquée et qu'outre la fièvre typhoïde, longtemps méconnue, au grand dam de la prophylaxie, il y a bien d'autres fièvres graves qui menacent la santé des blancs et des indigènes en Afrique et dans l'Inde. Cette

constatation, féconde en résultats, est le fruit de l'application méthodique du microscope à l'examen des malades. C'est le microscope qui a fait reconnaître le typhus récurrent dans l'Ouganda et sur les rives du Congo; c'est lui qui a permis de reconnaître les fièvres à trypanosomes et d'étudier leurs relations avec la maladie du sommeil, cette terrible moissonneuse de vies africaines, que les grands mouvements de population de ce dernier quart de siècle ont répandue aujourd'hui sur un immense territoire.

Et ce que nous disons de la pathologie humaine, nous pourrions le dire aussi de la pathologie animale. Les diverses maladies à tsé-tsé, la *nagana* d'Afrique, cause puissante par l'obstacle qu'elle a mis à l'introduction des chevaux et du gros bétail, de l'arrêt de la civilisation dans l'Afrique tropicale, le *surrah* qui sévit dans l'Inde et qui a ruiné récemment les éleveurs de la Réunion, le *mal de Cadeiras* qui a coûté si cher à certaines entreprises de l'Amérique du Sud, la maladie des bœufs de l'Afrique australe, la *fièvre du Texas* si répandue dans les parties chaudes des deux mondes, la *fièvre côtière* étudiée par Koch, dans l'Afrique orientale allemande, toutes ces maladies, et nous ne citons que les plus répandues, n'ont été distinguées que par l'emploi du microscope, et c'est l'application à leur étude de ce qu'on nommait, avec un sourire, les méthodes de laboratoire qui peut nous fournir les indications nécessaires à la prophylaxie.

La grande découverte de Laveran avait, il y a vingt-cinq ans, montré l'intérêt de ces observations pour la pathologie. Celle de Ronald Ross, qui fut jugée digne du prix Nobel, en a fait toucher du doigt l'importance pratique par les applications à l'hygiène, et de là est née cette poussée vraiment admirable d'efforts et d'observations qui, depuis lors, accumule les découvertes et transforme la médecine coloniale.

Mais avec la médecine, c'est le médecin qui doit se transformer. Pour reconnaître, pour soigner et pour prévenir ces maladies parasitaires si fréquentes dans les pays chauds, il lui faut une préparation spéciale, une initiation préalable, pratique, à l'application des méthodes de la parasitologie. C'est ce que montre bien le travail qui nous est soumis, et si nous avons le regret de ne pas pouvoir vous en proposer l'impression, nous voulons du moins en dégager cet enseignement. — Adopté.

3. RAPPORT de la Commission qui a été chargée d'examiner le mémoire manuscrit soumis à l'Académie par M. le docteur J. LAMBINET, à Liège, intitulé : *Recherches sur le trajet des larves d'anchylostome à travers les organes après infection cutanée.* — M. FIRKET, Rapporteur (1).

L'Académie a déjà publié d'importants travaux sur l'ankylostomiasie; celui qui vous est présenté aujourd'hui par M. Lambinet fait suite aux recherches de cet expérimentateur sur la pénétration des larves d'ankylostomes par la peau. L'Académie n'a pas oublié les intéressants résultats obtenus par M. Lambinet sur l'infection de l'intestin du chien par la voie cutanée : cet observateur a cherché à préciser la voie suivie par les parasites pour arriver de la peau à l'intestin, et à contrôler, sur ce point, les résultats publiés par Looss. Des préparations microscopiques jointes par l'auteur à son mémoire, et soumises aujourd'hui à votre examen, et de remarquables photographies exécutées par M. le docteur Dubois, assistant au laboratoire provincial de bactériologie de Liège, permettent de se rendre compte de ce trajet.

Rapidement amenées au poumon par la circulation, les larves introduites par la peau sont arrêtées par l'étroitesse des capillaires du réseau alvéolaire et perforent les dernières artérioles; elles peuvent tomber dans les alvéoles pulmonaires ou dans les dernières ramifications bronchiques. De là leurs mouvements de reptation les font remonter à la surface de la muqueuse jusque dans la trachée et la gorge, d'où elles pénètrent par déglutition dans les voies digestives.

Mais dans ce trajet, les larves rencontrent les glandes de la muqueuse, et on les voit s'enfoncer dans la cavité de ces glandes, culbutant les cellules, perforant la paroi comme elles perforent les gaines folliculaires lors de l'infection cutanée. Peut-être même certaines larves peuvent-elles, au sein de la paroi trachéale, pénétrer de nouveau dans des veinules et refaire dans la circulation sanguine un trajet qui les ramène rapidement au poumon, à peu près comme, dans la tuberculose, le bacille repris par les

(1) La Commission se composait de MM. Hyac. Kuborn et Ch. Firket.