

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 - N° 92

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE L'ALASTRIM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4 Avril 1924

PAR

Louis-Joseph-Pierre DE LAVAL

Né à La POINTE-à-PITRE (Guadeloupe) le 17 Décembre 1900

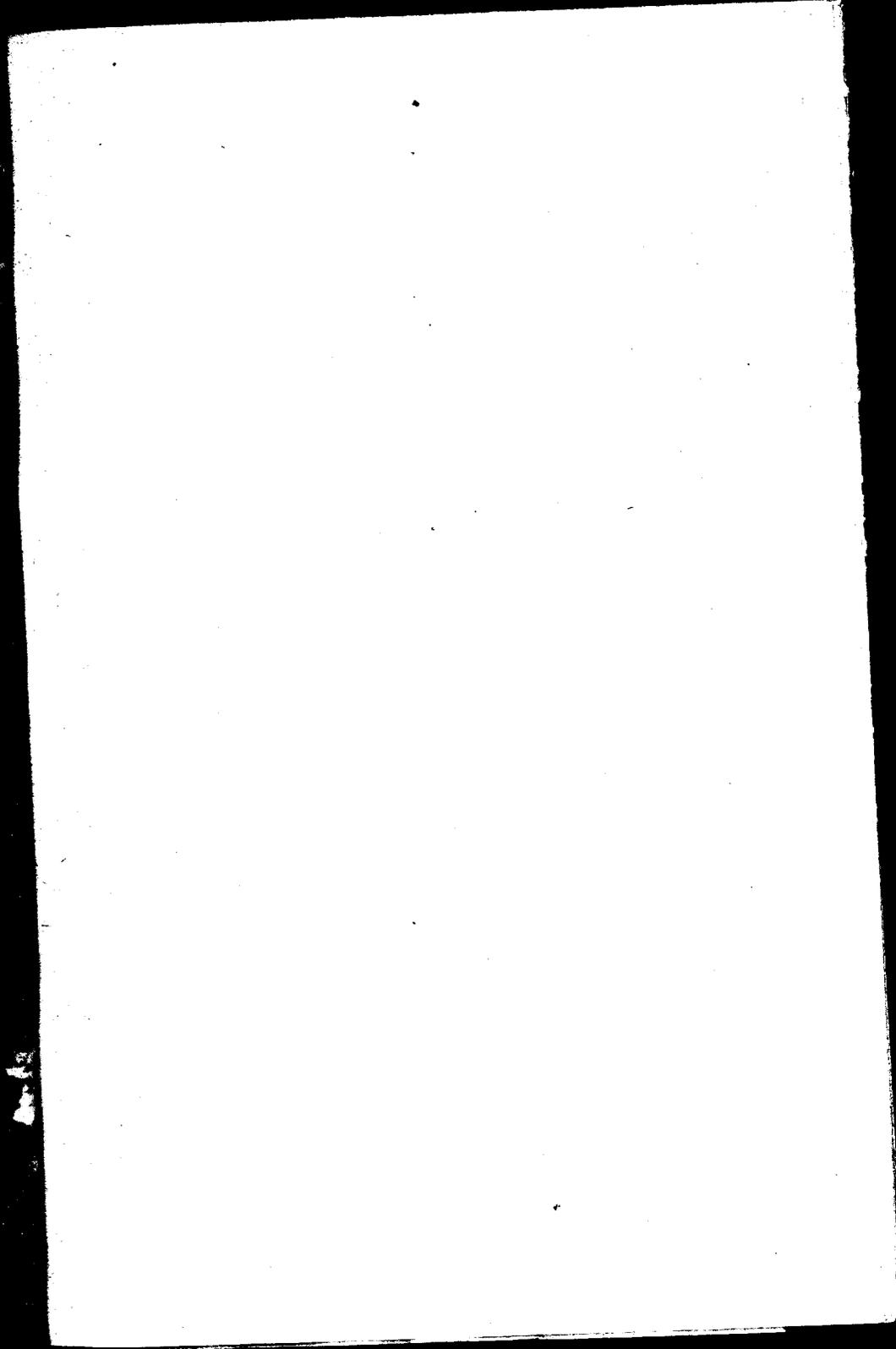
Examinateurs de la Thèse

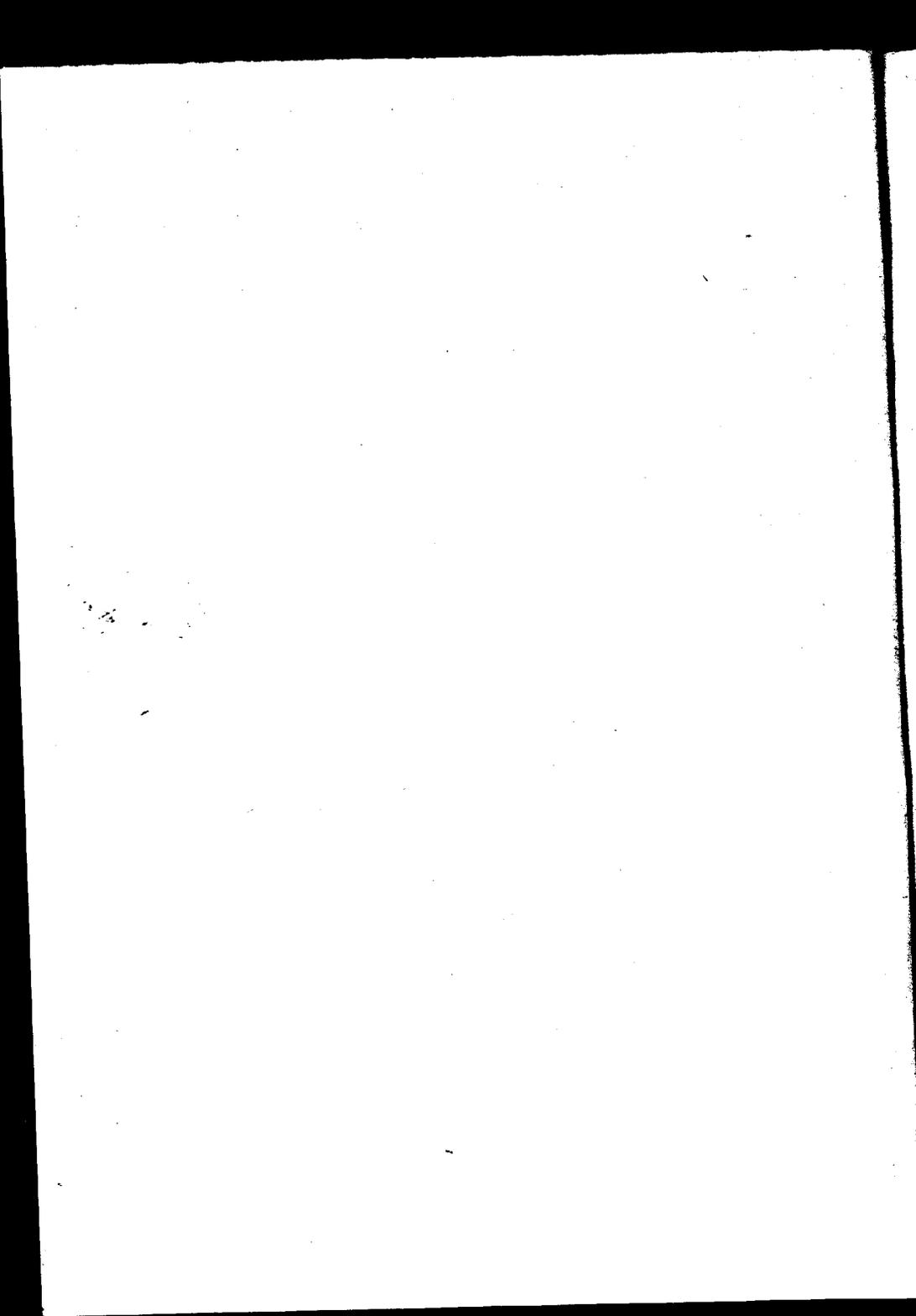
MM. LE DANTEC. professeur..... *Président.*
PRINCETEAU professeur.....
MICHELEAU agrégé..... } *Juges.*
PAPIN agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRERES
8, Rue de Cursol, 8

1924







UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 92

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE L'ALASTRIM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4 Avril 1924

PAR

Louis-Joseph-Pierre DE LAVAL

Né à La POINTE-À-PITRE (Guadeloupe) le 17 Décembre 1900

Examinateurs de la Thèse { MM. LE DANTEC, professeur..... *Président.*
PRINCETEAU professeur..... }
MICHELEAU agrégé..... } *Juges.*
PAPIN agrégé..... }

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRERES
8, Rue de Cursol, 8

1924



FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	VERGER.
id.	CASSAET.
Clinique chirurgicale	GHAVANNAZ.
id.	VILLAR.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.
Clinique d'accouchements ..	RIVIERE.
Anatomie pathologique et mi- croscopie clinique	SABRAZES.
Anatomie	PICQUE.
Anatomie générale et histolo- gie	G. DUBREUIL.
Physiologie	PACHON.
Hygiène	AUCHE.
Médecine légale et déontolog.	LANDE.
Physique biologique et cliniq. d'électricité médicale	BERGONIE.
Chimie	CHIELLE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.
Pharmacie	DUPOUY.
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
Médecine expérimentale	FERRE.
	Clinique ophtalmologique....
	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
	Clinique gynécologique.....
	Clinique médicale des mala- dies des enfants
	Chimie biologique et médicale
	Physique pharmaceutique ...
	Médecine coloniale et clin.des maladies exotiques
	Clinique des maladies cuta- nées et syphilitiques
	Pathologie externe et chirur- gie opérat. et expérimentale
	Clinique des maladies nerveu- ses et mentales
	Clinique d'oto-rhino-laryngol.
	Toxicologie et hygiène appli- quée
	Hydrologie thérapeutique et climatologie

MM. PRINCETEAU (Anatomie — LABAT (Pharmacie)

CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie et embryologie....	VILLEMEN.
Histologie	LACOSTE.
Physiologie	DELAUNAY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.
Parasitologie et sciences na- turelles	R. SIGALAS
id.	N.
Physique biologique et médic.	RÉCHOU.
Chimie biolog. et médicale....	N.
Médecine générale	MAURIAC.
id.	LEURET.
id.	DUPERIE.
id.	CREYX.
	Médecine générale
	id.
	Maladies mentales
	Chirurgie générale
	id.
	id.
	id.
	Obstétrique
	id.
	Ophtalmologie
	Oto-rhino-laryngologie.....
	Pharmacie

COURS COMPLÉMENTAIRES ET ENSEIGNEMENTS :

	MM.
Clinique dentaire	CAVALIE
Médecine opératoire	JEANNENEY
Accouchements	PÉRY
Ophtalmologie	GABANNES.
Fuériculture	ANDERODIAS.
	Démonstrations et prépara- tions pharmaceutiques
	Chimie
	Pathologie interne
	Chimie analytique
	Hygiène appliquée
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	N.
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle ..	N.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA CHERE MERE

Modeste hommage de toute ma reconnaissance et de ma tendre affection...

A MES PARENTS — A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. GUYOT

**PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXTERNE ET CHIRURGIE OPÉRATOIRE
ET EXPÉRIMENTALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN TITULAIRE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ**

**CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE
ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE**

En souvenir de ses soins éclairés et
dévoués.

**A MESSIEURS LES MEMBRES
DE LA COMMISSION SCOLAIRE**

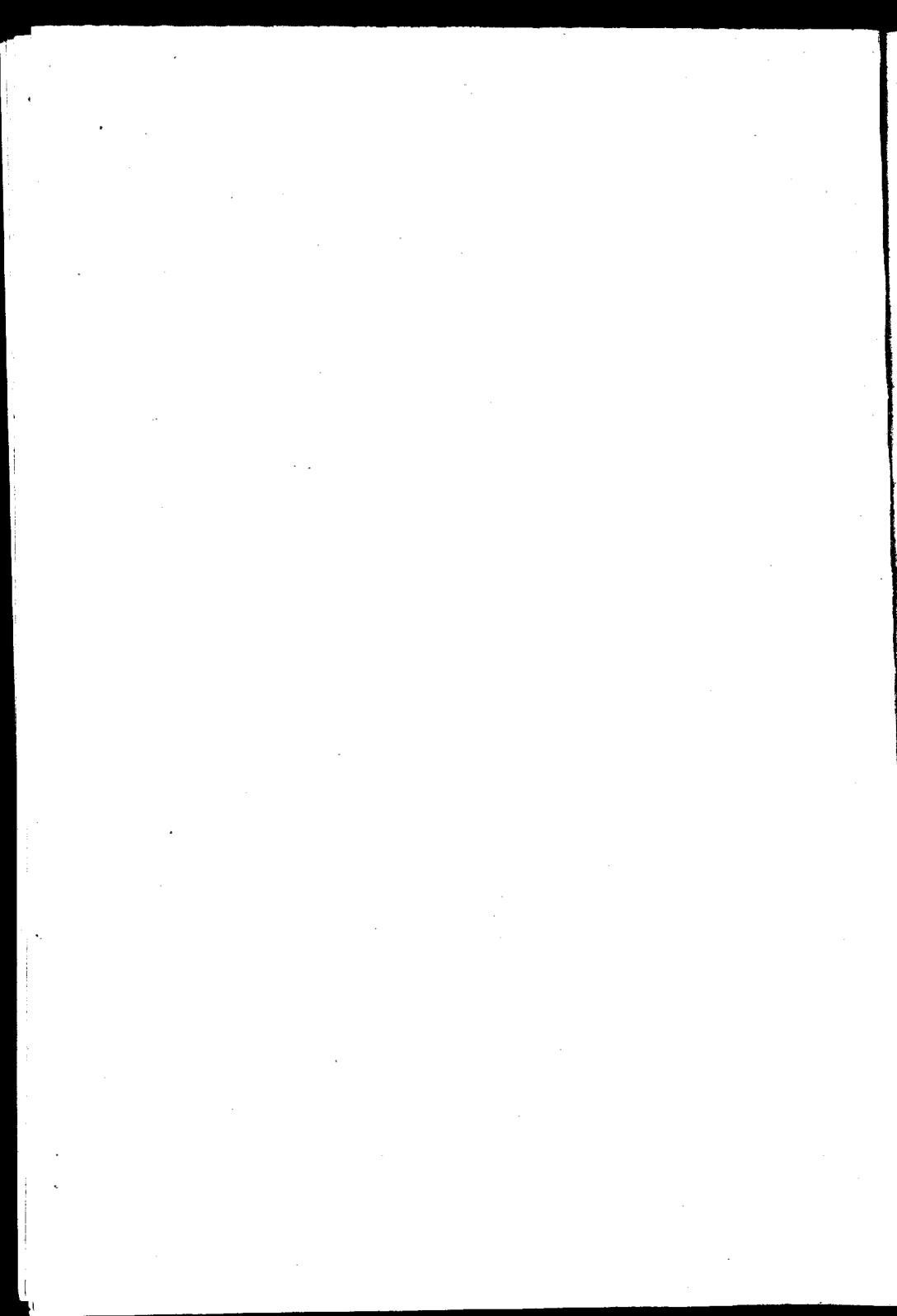
Qui ont bien voulu m'aider dans l'ac-
complissement de mes études médicales.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LE DANTEC

PROFESSEUR DE MÉDECINE COLONIALE
ET DE CLINIQUE DES MALADIES EXOTIQUES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Mon cher Maître

Veuillez trouver ici l'expression de ma
vive gratitude pour votre si clair ensei-
gnement de médecine coloniale et pour
l'aide précieuse que vous m'avez accordée
au cours de la rédaction de ce travail.



INTRODUCTION

En 1923, sévissait aux Antilles Françaises une forte épidémie d'« Alastrim ». La nature exacte de cette maladie fut très discutée dès son apparition et les controverses à son sujet ne sont point épuisées à l'heure actuelle.

Nous avons voulu étudier la question et nous faire une opinion avant de regagner la Guadeloupe. Bien que l'épidémie semble à l'heure actuelle éteinte, l'« Alastrim » peut reparaitre aux Antilles dans quelques années, et il serait désirable qu'à ce moment la nature de cette « nouvelle fièvre éruptive » soit clairement connue. Ainsi, pourront être appliquées contre elle des mesures efficaces de prophylaxie.

Le sujet nous a paru intéressant et nous avons voulu y consacrer notre thèse inaugurale.

Nous tenons à remercier ici notre confrère, M. le D^r Corbin, médecin de l'Etat-civil et de la Santé à Pointe-à-Pitre, qui a bien voulu nous remettre de précieux documents et à qui nous exprimons toute notre reconnaissance.

Notre travail sera divisé en 5 chapitres :

- 1° Historique.*
- 2° Relation de l'épidémie de 1923 à la Guadeloupe.*
- 3° Observations.*
- 4° Discussion de la nature de l'« Alastrim ».*
- 5° Prophylaxie.*

Ainsi, après avoir fixé les caractères cliniques de l'« alastrim » et ses rapports avec les autres fièvres éruptives connues, nous déterminerons la place que cette maladie doit occuper dans la pathologie.

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'histoire de l'alastrim, maladie varioliforme exotique, ne commence qu'en 1910, avec un article du docteur Ribas, de Saint-Paul (Brésil). Cependant, on connaissait déjà à ce moment d'autres fièvres éruptives analogues, diversement appelées, mais cliniquement semblables en tous points à l'alastrim. Il est donc rationnel qu'après avoir exposé l'histoire de l'alastrim, nous examinions les rapports de cette « nouvelle » maladie avec ses aînées. Aussi, diviserons-nous ce chapitre en deux parties, envisageant successivement : 1° l'histoire de l'alastrim de 1910 à nos jours; 2° l'histoire des maladies varioliformes qui lui sont similaires.

1° Historique de l'Alastrim de 1910 à nos jours.

Le terme d'alastrim apparaît dans la littérature médicale en 1910, avec un travail du D^r Ribas, directeur de la Santé publique de l'Etat de Saint-Paul (Brésil), travail suivi, l'année après, d'une communication à la « Société de médecine et d'hygiène tropicales » de Londres. Les premiers cas de la nouvelle maladie furent observés à Bedebouro et à Ribeirao Preto, chez les travailleurs agricoles et principalement par les cueilleurs de café venant de l'intérieur de la province de Bahia, où la maladie était connue depuis longtemps sous ce nom d'« alastrim » (du verbe *alastrar*, se propager rapidement).

Le D^r Ribas eut ainsi l'occasion de soigner de nombreux malades. Impressionné par la faible mortalité observée, la gravité moindre chez les enfants, l'absence de fièvre secondaire, de fétidité à la suppuration, de cicatrices consécutives, il considéra qu'il était en présence d'une fièvre éruptive nouvelle. Ce fut aussi l'opinion de deux autres médecins brésiliens, Beaurepaire-Arago et Azevedo, pour qui « l'alastrim est différente de la variole, ayant seulement une certaine similitude dans l'éruption ».

Le directeur de l'Institut Pasteur de Saint-Paul, le D^r Carini, qui, lui aussi, avait eu à traiter de nombreux cas, ne fut cependant pas du même avis. Dans deux communications successives à la Société de Pathologie exotique de Paris, en 1911, puis en 1913, il rapporte le résultat de ses observations et conclut à l'« identité de l'alastrim avec la variole ». Il avait pu assister, en effet, à une aggravation progressive de l'alastrim, avec une mortalité croissante. « Souvent, dit-il, à côté de malades à forme bénigne, il y en avait d'autres très graves, présentant tous les symptômes classiques de la variole vraie. C'est ainsi que dans certaines familles, infectées à la même source, j'ai observé des cas très bénins, qu'on aurait pu appeler alastrim, et d'autres très graves, qu'il fallait reconnaître comme variole ». Enfin, les coupes de pustules d'alastrim, examinées au microscope, montraient les lésions classiques de la variole; et après inoculation du séro-pus sur la cornée du lapin, il obtenait, comme dans cette dernière maladie, un bourrelet dans le sur duquel trouvaient des corpuscules de Guarnieri.

Pendant la grande guerre, aucune publication ne fut faite sur l'alastrim.

Ce n'est qu'en 1919, que MM. les docteurs Le Bœuf et Gambier, à Brazzaville, eurent l'occasion de traiter deux cas de maladies varioliformes qu'ils rattachèrent à l'alastrim. Mais il ne se produisit aucune épidémie; peut-être, disent ces auteurs, « parce que les vaccinations et revaccinations jennériennes sont pratiquées tous les ans sur le plus

grand nombre possible d'habitants des villages urbains et suburbains de Brazzaville ».

Depuis ces dernières années, on croit reconnaître l'alastrim un peu partout. Ainsi, on la signale à la Jamaïque, à Haïti, à Panama, à Cuba (où Hoffmann a observé « concurrence de la variole et de l'alastrim sans qu'il fût possible de les distinguer »), en Australie, aux Indes et même en Europe.

Aussi, nombreux sont les travaux qui y sont consacrés : ceux de Cameron et Nash, en 1920; d'Hector Read, en 1921; de Leake et Force, du Service d'hygiène publique des Etats-Unis (lesquels constatent, après inoculations, que « les réactions d'immunité sont favorables à l'identification de l'alastrim avec la variole »; de Rucker, médecin du Canal de Panama; de Moody et Mac Callum, à la Jamaïque; de Mitchell, en Afrique du Sud. Tous ces auteurs concluent que l'alastrim est simplement une forme généralement bénigne de variole, mais susceptible, « sous l'influence de conditions encore inconnues, de prendre le type virulent et grave de la variole défigurante classique ».

L'alastrim est encore signalée, lors de la session d'octobre 1922 du « Comité permanent de l'Office International d'hygiène publique » : en Suisse, par le D^r Carrère; aux Etats-Unis, par le D^r Rupert Blue; en Angleterre, par Sir G. Buchanan; au Gabon, par le D^r Couzien. Et depuis 1920, elle s'est répandue dans toutes les Antilles. Plusieurs cas ont été observés dans les ports de France en relations maritimes avec ces îles (Bordeaux, Saint-Nazaire, Le Havre), donnant lieu aux articles de MM. Légé, Chauvet, et à une discussion à la tribune de l'Académie de médecine, en octobre 1923, à laquelle ont pris part M. le Professeur Léon Bernard et M. le D^r Camus. Plus récemment, a paru sur la question un rapport de Van Hooff, au Congrès de Loanda (Angola), sur une épidémie d'alastrim au Stanley-Pool; puis, le travail de M. Raybaud, de Marseille, en novembre 1923.

Cette épidémie des Antilles est actuellement en pleine dé-

croissance et touche à sa fin. Des rapports officiels ont été rédigés par les Directeurs du Service de Santé : à la Guyane (rapport de M. le D^r Blin) et à la Martinique (rapport de MM. les D^{rs} Arnould et Beaujan). Ce travail n'ayant pas été fait jusqu'ici pour la Guadeloupe, nous avons pu avoir une relation de l'épidémie due à l'obligeance de notre confrère, le D^r Corbin...

2° Historique des maladies varioliformes exotiques autres que l'Alastrim

Nous avons dit que ces fièvres éruptives, aux appellations diverses et variées, présentent une extrême similitude avec l'Alastrim. Ne retrouvons-nous pas en effet, dans les descriptions de ces fièvres que nous ont laissées les auteurs, les mêmes caractères cliniques, la même évolution morbide signalés par Ribas dans son tableau de l'Alastrim... Faible mortalité, atteinte moins fréquente des enfants, absence de fièvre secondaire, de fétidité, de cicatrices consécutives, et pourtant éruption en tous points semblable à celle de la variole; n'existe-t-il pas là une identité des symptômes cliniques, qui nous permet de conclure à l'identité nosographique? Il semble dès lors indiqué de compléter maintenant notre historique en analysant les travaux qui ont paru sur les maladies similaires de l'Alastrim.

En 1865-1867, Izzet Anderson, à la Jamaïque, observe une épidémie de fièvre éruptive « difficile à classer ». La maladie lui paraît nouvelle et il la dénomme simplement « Varioloïde-varicelle ».

En 1898, un rapport du D^r Franck Arnold, du Sud-Afrique, signale l'existence d'une « variole caffre (Kafirs-smallpox, dont on ne sait si c'est une variole vraie ou une varicelle aggravée ». A la même époque, Thomson et Bronwlee, de Glasgow, observant une maladie rappelant la



variole chez quelques marins indigènes venant de Calcutta, pensent qu'il s'agit d'une entité morbide nouvelle.

En 1902, éclate à la Barbade et à la Trinidad une forte épidémie qui donne lieu à des controverses agitées. Le médecin de l'hôpital de Pelican-Island, pensant à une « variole de type bénin », s'attira, en voulant instituer la quarantaine, de vigoureuses protestations des médecins civils, qui considéraient la maladie comme une « varicelle-varioloïde ». Celle-ci fut étudiée par Bridger, Dickson, Lasalle.

En 1904, de Korté, dans *The Lancet*, cite pour la première fois le terme « Amaas » en relatant quelques cas observés au Cap et fait une étude très complète de la maladie. Il identifie l'amaas à la variole, « les différences existant entre les deux maladies semblant consister surtout dans le degré de virulence ». Et la conclusion à laquelle il aboutit est que l'« amaas » est une variole modifiée par un ou plusieurs facteurs indéterminés.

Enfin, on peut rapprocher de l'alastrim d'autres fièvres éruptives signalées plus récemment. C'est ainsi qu'en 1910, lors de la communication de Ribas à la « Société de Médecine et d'Hygiène tropicales de Londres », deux auteurs américains, Daniels et Low, ont mentionné l'existence d'une maladie ressemblant à l'alastrim, dénommée « Gale de Cuba ou des Philippines ». De même, trois ans après, on observe en Australie une fièvre éruptive, de nature indéterminée, rappelant la variole et qui est simplement appelée « milk-pox ».

De tout ce qui précède, il résulte que l'alastrim n'est connue que depuis l'année 1910 mais que, d'autre part, elle fut observée et décrite bien avant cette époque sous des vocables différents.

CHAPITRE II

L'« Alastrim » à la Guadeloupe en 1923

1° Origine de l'épidémie

Depuis le début de 1921, les patentes de santé de provenance d'Haïti portaient la mention : « Quelques cas isolés d'« alastrim ». Au cours de la même année, en août et septembre, on rapatria de Saint-Domingue toute une équipe de travailleurs guadeloupéens originaires de Saint-Martin, qui avaient contracté la maladie à Macoris (Saint-Domingue). Le plus grand nombre furent isolés aux lazarets de Pointe-à-Pitre et des Saintes. Les malades y arrivèrent en pleine période d'éruption. Les anamnétiques et l'aspect des vésico-pustules permirent aux médecins appelés à les observer de porter le diagnostic de « variole bénigne ». La mortalité fut nulle. L'autorité sanitaire prit des mesures sévères de prophylaxie : isolement rigoureux dans les lazarets, vaccination des personnes préposées aux soins des malades et à la surveillance sanitaire. La Colonie put ainsi, cette année-là, être complètement épargnée.

C'est à Basse-Terre, un an après, vers décembre 1922, que l'« alastrim » fit son apparition à la Guadeloupe et c'est de la Dominique, où l'épidémie battait déjà son plein, que vint le premier cas. Il s'agissait d'une femme qui avait fait, en période d'incubation, la traversée de la Dominique à la Guadeloupe à bord d'un petit voilier, et qui présenta, peu de jours après son arrivée, l'éruption caractéristique de la maladie. L'autorité sanitaire, prévenue, fit admettre la patiente à l'hôpital de Basse-Terre. Là, on porta le diagnostic

de « varicelle » et on institua des mesures d'isolement. On procéda à la vaccination de tous les malades en traitement dans l'hôpital, par mesure de précaution ; ce qui n'empêcha pas, dit-on, un certain nombre d'entre eux d'être atteints. Le diagnostic de « varicelle » parut aussi être confirmé et les mesures d'isolement devinrent moins rigoureuses. Quelques semaines après, l'alastrim faisait son apparition dans la ville de Basse-Terre. Elle allait bientôt se répandre dans toute l'île et se propager, par voie de mer, à la Martinique et à la Guyane.

Pendant quelques jours l'épidémie semble rester localisée ; mais bientôt éclate un foyer dans les hauteurs du Petit Bourg, et, peu de temps après, un premier cas, suivi de nombreux autres, est signalé dans un faubourg de la Pointe-à-Pitre. En mars-avril 1923, l'alastrim s'est étendue à toutes les communes de la colonie et chacune lui paie un plus ou moins lourd tribut. Il convient de mentionner ici que, dès décembre 1922, nombre de personnes appartenant aux classes aisée et moyenne de la Guadeloupe s'étaient fait vacciner par leur médecin respectif.

Aucune déclaration officielle de la maladie n'ayant été faite par les praticiens de la Guadeloupe, et beaucoup de malades s'étant soignés par leurs propres moyens, sans secours médicaux, il est impossible de fixer le nombre total des personnes atteintes ; pas plus qu'il n'est possible d'établir le pourcentage exact de la mortalité. Aucune statistique de ce genre qui soit digne de foi ne peut, à notre avis, être dressée.

A la Pointe-à-Pitre, un de nos confrères, le D^r Corbin, médecin de l'état civil, a enregistré 12 à 13 décès dus à l'alastrim et on a signalé de part et d'autre quelques décès dans les communes avoisinantes. Tout ce que l'on peut dire, c'est que, si l'on considère l'importance de l'épidémie, la diffusion de la maladie et la multiplicité des cas observés, le taux de la mortalité apparaît comme très faible.

Il y a lieu de faire remarquer, avant d'aborder notre expo-

sé clinique que, dès le début, le diagnostic officiel de « varicelle », porté par le chef du Service de Santé de la colonie, donna lieu à des discussions et fut adopté sans conviction par les médecins civils : ces derniers pensaient être en présence d'une épidémie de variole bénigne et réclamèrent, dès le début, des séances publiques de vaccination obligatoire (lesquelles ne devaient être organisées que 4 à 5 mois plus tard).

Le Consul des Etats-Unis fut blâmé par l'Administration locale pour avoir, infirmant l'opinion du Chef du Service de Santé, télégraphié à son Gouvernement que la variole sévissait à la Guadeloupe. Il provoquait ainsi l'établissement de mesures quaranténaires vis-à-vis de la Pointe-à-Pitre et de la Basse-Terre, de la part des navires venant de New-York. Il crut devoir même annoter les patentes de santé des navires français, tels que les courriers du Centre-Amérique.

Ce diagnostic officiel de « varicelle » fut maintenu pendant toute la durée de l'épidémie et aucune mesure efficace de prophylaxie ne fut prise pour en arrêter l'extension. Les malades ne furent point hospitalisés et isolés, faute de place et de locaux d'isolement. Ils demeurèrent ainsi d'actifs foyers de contagion, bien qu'eût été affichée, dans toutes les mairies, une note résumant les principes d'hygiène et de prophylaxie à appliquer.

2° Description clinique

Au point de vue clinique, voici la relation qu'a bien voulu nous donner le D^r Corbin :

« L'Alastrim » n'a pas revêtu un type uniforme et on a pu observer de grandes variations dans l'intensité de la maladie. Il y a eu des cas remarquablement bénins, d'autres plus marqués, et enfin quelques rares cas où l'affection a revêtu un certain caractère de gravité.

« Les cas bénins ont été assez nombreux. Après un ou deux jours d'inappétence et de courbature fébrile, le malade

voit apparaître d'abord à la face, puis sur le tronc et les membres, une éruption papuleuse discrète. Les éléments son petits, peu nombreux, quelquefois une cinquantaine au total. En deux ou trois jours, la papule se transforme en une vésicule acuminée contenant un peu de sérosité. Quelquefois, cette vésicule se dessèche sans passer par le stade de suppuration : la maladie semble avorter. Le plus souvent, elle s'agrandit et suppure. Mais l'état général n'est jamais sensiblement affecté. Le malade vaque à ses occupations et constitue ainsi une source féconde de contagion, un agent actif de dissémination. Ici, l'alastrim revêt une forme que l'on pourrait appeler ambulatoire ».

« Plus fréquents ont été les cas de moyenne intensité. Après une période d'incubation qui paraît d'une vingtaine de jours en moyenne, le malade est pris brusquement de frissons, de fièvre avec courbature, douleurs dans les membres, céphalalgie et surtout *rachialgie intense*. La langue est saburrale, l'anorexie absolue, souvent même des vomissements bilieux viennent compléter le tableau clinique, qui rappelle à s'y méprendre celui d'une rémittente bilieuse au début. La fièvre, qui atteint quelquefois 40°, oscille généralement entre 38° et 39° 5. Cet état dure 3 à 5 jours, pendant lesquels le diagnostic reste en suspens, jusqu'au moment où apparaît à la face, surtout autour de la bouche et des narines, une éruption papuleuse qui s'étend au tronc, à l'abdomen, aux membres. et met 4 jours environ à se constituer d'une façon complète. Ces papules sont saillantes avec une petite élévation centrale, légèrement dures au toucher. Elles ne tardent pas à se transformer en vésicules acuminées remplies de sérosité. Il va sans dire que tous les éléments n'ont pas un développement synchrone et qu'en certains points existent déjà des vésicules, alors qu'ailleurs l'éruption en est encore au stade papuleux. Parfois discrète, elle peut devenir confluyente et recouvrir le corps tout entier, ne laissant entre les éléments que de minimes intervalles de peau saine.

« En même temps qu'évoluent ces manifestations cutanées, le malade accuse des symptômes qui attirent l'attention du côté de la bouche et du pharynx : haleine fétide, dysphagie, salivation exagérée. On constate alors sur la paroi interne des joues, sur les amygdales, la paroi postérieure du pharynx, sur le palais ou sur la langue. un énanthème marqué; d'abord une rougeur diffuse, laissant apparaître bientôt des vésicules, qui, en s'ouvrant, donnent lieu à des ulcérations superficielles à contours blanchâtres et polycycliques.

« Cependant les vésicules cutanées sont devenues des vésico-pustules; la sérosité du début s'est transformée en un pus blanchâtre, rappelant un peu le lait. Ces éléments, de dimensions variables, la plupart entourés, chez les individus à peau claire, d'une aréole inflammatoire, sont arrondis, superficiels, *souvent ombiliqués*, au niveau du thorax et des membres. A la face, ils prédominent autour du nez et des lèvres; il en existe également sur le bord libre des paupières. Il en résulte de la rougeur des conjonctives et un certain degré de photophobie. L'œdème peut être assez considérable : les traits sont épaissis et déformés. Aux membres, les régions palmaire et plantaire ne sont jamais respectées. A ce stade de suppuration l'on a pu remarquer quelquefois une odeur légèrement fétide, fade et pénétrante...

Dans la grande majorité des cas, les symptômes généraux s'amendent brusquement et la fièvre de la période d'invasion cède dès que commence l'éruption, pour ne plus reparaitre. Cependant, dans les formes confluentes et sérieuses, on a pu la constater au moment de la suppuration des vésicules, réalisant ainsi une fièvre secondaire. L'état général, le plus souvent, n'est pas considérablement altéré et reste en disproportion surprenante avec les symptômes locaux. Certains sujets présentaient, toutefois, un certain degré d'adynamie.

« Au bout de 8 à 10 jours, les vésico-pustules se dessèchent en se recouvrant à partir du centre de croûtes melleuses qui se désagrègent et se détachent peu à peu, lais-

sant à leur suite, chez les noirs, des cicatrices de la grosseur d'une lentille, dépigmentées au centre, mais dont les bords sont nettement plus foncés que la peau environnante. Chez les blancs, les cicatrices apparaissent comme une tache pigmentée rouge foncé, brunâtre même. L'auréole de pigmentation s'atténue à la longue, s'estompe, disparaît quelquefois complètement, mais non toujours, et les malades restent le plus souvent tatoués. Parfois, surtout à la face, on a pu constater des cicatrices déprimées, entamant assez profondément le derme, donnant ainsi au visage un aspect chagriné.

« La maladie a alors duré au total 3 à 5 semaines au plus.

« L'alastrim a revêtu une allure particulièrement grave chez les individus présentant des tares organiques ou atteints de misère physiologique (tuberculose, paludisme) et de même chez les femmes enceintes. C'est ainsi qu'on a observé, à la Pointe-à-Pitre, deux cas d'avortement suivis de mort de la mère et du fœtus. Nous devons ajouter que les complications cornéennes, nasales, ou rénales furent l'exception.

« Les enfants ont été, d'une façon générale, remarquablement épargnés par l'alastrim. On n'a jamais constaté l'alastrim chez les nouveaux-nés et quelques cas seulement, malgré la grande diffusion de la maladie, ont été observés chez les enfants au-dessous de 15 ans. C'est ainsi que beaucoup d'enfants qui n'étaient pas vaccinés et s'exposant à la contagion, ne furent pas atteints.

« L'alastrim n'a pas frappé, comme on l'a prétendu, uniquement la race noire. Certes, l'épidémie qui a sévi à la Pointe-à-Pitre par exemple, a fait des ravages dans la classe noire des faubourgs. Mais il ne faut pas oublier que les noirs constituent la très grande majorité de la population guadeloupéenne. Qu'y a-t-il d'étonnant par conséquent, à ce que l'on ait pu constater chez eux le plus grand nombre de cas d'alastrim? Qu'y a-t-il surtout d'étonnant à ce que le pourcentage des malades ait été plus élevé dans les fau-

bourgs, là où la moindre proportion d'individus vaccinés, l'encombrement, la misère et la déféctuosité de l'hygiène constituent des facteurs particulièrement importants de propagation épidémique? L'on ne saurait donc prétendre que l'alastrim est une maladie des races noires. Des blancs d'origine créole, lui ont payé leur tribut. C'est ainsi qu'un cas typique d'alastrim a été constaté chez un sujet européen, un Breton, originaire de Saint-Malo, marin à bord du voilier *Guadeloupe* (voir obs. I). Ce marin, qui avait été vacciné dans son enfance, avait contracté la maladie au cours de ses pérégrinations dans les faubourgs.

« A vrai dire, ce que l'épidémie de la Guadeloupe a bien mis en lumière, c'est que l'alastrim a frappé avec prédilection — uniquement, pourrait-on dire même — les individus non-vaccinés, ou vaccinés depuis longtemps. C'est donc une vérité cliniquement confirmée que l'immunité conférée par le vaccin jennérien existe à l'égard de cette maladie comme à l'égard de la variole.

« Le traitement appliqué fut purement symptomatique. Au début : un purgatif; régime liquide (lait, tisanes, lactosées, bouillon de légumes); puis huile de ricin à petites doses répétées, antiseptiques intestinaux, antithermiques. A la période d'éruption : urotropine, stimulants diffusibles et toniques (acétate d'ammoniaque, quinquina); potion de Todd, en cas d'adynamie; lotions cutanées à l'eau crésylée ou avec une solution éthérée de sublimé à 0,50 cgs pour 1.000. Des gargarismes à l'eau oxygénée et des lavages des yeux à l'eau boriquée, complétaient ce traitement. Enfin, tout à fait à la fin de la maladie, on donnait de grands bains savonneux après la chute des croûtes. »

CHAPITRE III

Observations d'Alastrim

OBSERVATION I

(due à l'obligeance de M. le D^r Corbin)

(Alastrim chez un blanc métropolitain)

G..., marin à bord du voilier *Guadeloupe*, âgé de 30 ans, originaire de Saint-Malo (Ile-et-Vilaine); a été vacciné plusieurs années auparavant sans qu'il puisse préciser.

Le 16 août 1923, le malade est pris de fièvre à 40°, avec maïaise, courbature, céphalalgie; il est conduit, le lendemain, à la gauche et l'auscultation fait entendre des râles de bronchite. Le lendemain, apparaît de la rachialgie et la fièvre oscille entre 38° et 40°.

Le 20 août, apparaît une éruption d'alastrim, qui débute par la face, puis, s'étend au thorax et aux membres, se complétant en 4 jours. La fièvre tombe à ce moment. Une éranthème se montre, prédominant aux amygdales, causant de la dysphagie.

Les macules rosées du début deviennent des vésico-pustules, dont certaines sont manifestement ombiliquées. La fièvre ne reparaît pas à ce moment. Les vésicules de l'amygdale se sont ulcérées et restent couvertes d'un exsudat blanchâtre.

Vers le 3 décembre, les éléments commencent à se dessécher, et vers le 15, ils ont disparu, laissant à leur place des cicatrices rosées.

Le voilier étant reparti, le malade n'a plus été revu. Il convient d'ajouter que dès le début de la maladie, tout l'équipage a été revacciné sans retard et aucun autre cas d'alastrim ne fut constaté.

OBSERVATION II

(due à l'obligeance de M. le Dr Corbin)

(*Alastrim suivi d'urémie*)

M^{lle} C..., 31 ans, sans profession. Pas d'antécédents personnels dignes d'être notés. N'a jamais eu, en particulier, de scarlatine, de typhoïde, de filariose. N'a jamais été vaccinée. Habituellement en bonne santé, à part quelques rémittentes bilieuses. Enceinte de 6 mois. Pas d'albumine dans les urines au cours de cette grossesse, ni au cours des grossesses précédentes, au nombre de trois.

La malade est prise brusquement, le 2 août 1923, de frissons, de céphalalgie, de fièvre à 40°, de vomissements bilieux. La langue est blanche, saburrale. Il existe de violentes douleurs dans la région lombaire qui arrachent des cris à la patiente. Les urines sont fortement colorées, chargées de pigments biliaires, mais ne contiennent pas d'albumine. Cet état dure environ une semaine, pendant laquelle la fièvre oscille entre 38° et 39° 5.

Le 9 août, apparaît une éruption typique d'alastrim en même temps qu'une énanthème sur les amygdales et le pharynx. Dysphagie, dysphonie, toux fréquente. La fièvre ne disparaît pas avec l'éruption, mais elle est moins marquée : 37° 5, 38°.

L'éruption évolue normalement et vers ce 30 août, les pustules se sont cicatrisées, sans que l'on ait constaté rien d'anormal du côté du fœtus.

La fièvre persiste pourtant, et le 3 septembre, la malade commence à vomir tout ce qu'elle prend. L'état général est affecté. Les urines sont albumineuses et renferment 10 grammes d'albumine par litre.

Vers le 10 septembre, l'état s'aggrave, les vomissements sont devenus incoercibles. Les urines deviennent de plus en plus rares et contiennent une forte proportion d'albumine. Une diarrhée glaireuse apparaît.

Le 15, au soir, brusquement, la malade entre en travail. L'accouchement est rapide et suivi d'une hémorragie de la délivrance

dont l'abondance entraîne la mort de la malade. Le fœtus est mort non macéré et ne présente pas de pustules.

Il y a lieu d'ajouter que, dès le début de la maladie, la patiente a subi, vu la notion d'épidémicité, la vaccination qui est restée négative, alors que dans l'entourage, les résultats furent positifs.

OBSERVATION III

(due à l'obligeance de M. le D^r Corbin)

(*Alastrim simple*)

M^{lle} V..., 29 ans, sans profession. Pas d'antécédents personnels, à part quelques poussées de lymphangite filarienne. Habituellement en bonne santé. Refuse de se faire vacciner au début de l'épidémie par pusillanimité.

Le 20 août 1923, la malade est prise de frissons, de malaise et de fièvre à 38 °, 39 °, avec langue saburrale, haleine fétide. Il existe de la sensibilité de la région épigastrique, de la rachialgie modérée et des douleurs au niveau des membres inférieurs. Quelques vomissements bilieux. Le foie est augmenté de volume, douloureux à la pression. Il existe un peu de subictère. Pas d'albumine dans les urines.

Cet état dure une semaine environ et le 27 août, apparaissent des macules rosées se transformant en papules, puis en vésicules. La fièvre tombe à 37 ° 5 et les symptômes généraux subissent une détente. Un énanthème accompagne cette éruption et les amygdales sont rouges, augmentées de volume.

Vers le 31, les vésicules commencent à suppurer et à ce moment, la température s'élève à 38 °-38 ° 5 en persiste 3 ou 4 jours. Les pustules sont devenues confluentes au visage qui est œdématié. Sur le cou, les éléments sont larges et ovalaires, entourés pour la plupart d'une aréole inflammatoire. La malade exhale une odeur particulièrement fade et repoussante.

Le 9 septembre, la dessiccation commence et elle se complète en 10 ou 12 jours, laissant des cicatrices rosées et même brunâtres, dont certaines sont déprimées au centre.

N.-B. — Il convient de noter que dès la première visite médicale,

fut pratiquée la vaccination de la malade et de deux personnes de la famille; un troisième membre, ainsi que la bonne, échappent à cette mesure. Seuls, ces deux derniers sujets contractent l'alastrim quelques jours après. L'inoculation resta négative chez la malade.

OBSERVATION IV

(due à l'obligeance de MM. les Professeurs Le Dantec et Sabrazès)

(*Cas d'alastrim observé à Bordeaux*).

X..., 32 ans, soutier à bord du paquebot *Pérou*, sujet noir. A été embarqué le 23 mars, lorsque le bateau était en relâche à Fort-de-France, en complément d'effectif, pour remplacer un soutier blanc tombé malade. C'était à l'époque où l'épidémie d'alastrim battait son plein. Il ne se passa rien d'anormal pendant le voyage de retour en France. Ce n'est qu'à l'arrivée au Havre qu'X... s'aperçut qu'il avait de la fièvre, de la courbature, de la rachialgie, sans que d'ailleurs il se décidât à se présenter à la visite du médecin du bord.

Le *Pérou* reprit la mer peu de jours après pour venir à Bordeaux, et c'est pendant cette traversée que l'éruption survint, déterminant le malade à se présenter cette fois à la visite du médecin du bord. Celui-ci diagnostiqua un cas d'alastrim et dirigea le malade, dès l'arrivée à Bordeaux, le 1^{er} avril 1923, sur la Clinique maritime et coloniale. Le gérant de la clinique jugea utile, ignorant ce diagnostic exotique, d'isoler le patient, lequel était en pleine période fébrile et en pleine éruption. M. le Professeur Le Dantec, le lendemain, à sa visite ordinaire, examina ce dernier en conclut à de la variole.

L'éruption était cohérente à la face et à la verge, plus discrète sur le corps et en pleine purulence. On pouvait remarquer de nombreux éléments très nettement ombiliqués. « Cette éruption, nous dit M. le Professeur Sabrazès, était absolument semblable à une éruption de variole, mais avec cette discordance que l'état général restait bon, la fièvre peu élevée ». Car le malade avait

été dirigé sans retard sur l'hôpital d'isolement de Pellegrin, dans le service de M. le Professeur Sabrazès.

Nous devons ajouter que ce malade n'avait jamais été vacciné et ne présentait aucune trace d'insertion vaccinale.

On n'eut l'occasion de constater, à la Clinique maritime et coloniale aucun autre cas d' « alastrim », car dès le diagnostic posé, on avait immédiatement pris les mesures suivantes :

- 1° Transport du malade à l'hôpital d'isolement.
 - 2° Déclaration obligatoire à la Mairie.
 - 3° Revaccination du personnel infirmier.
 - 4° Désinfection du local où avait couché le malade.
-

CHAPITRE IV

Nature de l'Alastrim

Nous avons vu dans nos deux premiers chapitres que la nature de l'« alastrim » a toujours été vivement discutée. La dernière épidémie des Antilles a rallumé cette vieille controverse.

Les uns rattachent cette fièvre éruptive à la varicelle (Direction du Service de Santé de la Guadeloupe) ; d'autres veulent en faire une entité morbide nouvelle (P^r Léon Bernard, de Paris) ; d'autres, enfin, pensent qu'il s'agit d'une simple forme bénigne de variole (P^r Le Dantec, de Bordeaux).

Essayons d'éclairer cette discussion en y apportant les constatations cliniques qui ont été faites à la Guadeloupe.

L'identification avec la varicelle, autrefois très en faveur, nous semble à l'heure actuelle injustifiée.

Quels sont, en effet, les arguments produits par ceux qui veulent faire de l'alastrim une simple variété de varicelle ? « Dans les deux affections, disent-ils, la température se limite à la période d'invasion, l'état général reste bon, il n'y a pas de complications graves et la mortalité est excessivement faible ».

Mais, si ces caractères ont pu être observés dans les cas bénins, l'alastrim, dans ses types moyen ou grave, débute par des symptômes bruyants qui ne sont pas ceux de la varicelle : fièvre 39°-40°, courbature, rachialgie, céphalgie, vomissements.

Il faut aussi remarquer que les éléments éruptifs de l'a-

lastrim, entourés d'une aréole inflammatoire, sont plus volumineux, plus confluent, ont une évolution sensiblement plus longue et laissent des traces caractéristiques, assez longues à disparaître.

De plus, l'alastrim atteint surtout les adultes, épargnant dans une certaine mesure les enfants, alors que ceux-ci sont touchés presque électivement par la varicelle, maladie des quinze premières années de sa vie surtout.

Enfin, comment expliquer que la population blanche, qui se fait vacciner régulièrement, ait été si légèrement touchée par cette forme de varicelle, alors que la vaccination jennérienne n'immunise pas contre cette dernière affection et protège au contraire très efficacement contre l'alastrim? Les constatations qui ont été faites à la Guadeloupe, et que nous exposerons tout à l'heure, sont à ce dernier point de vue tout à fait convaincantes.

Si donc l'alastrim n'est pas de la varicelle, est-il plus rationnel de la rattacher à la variole?

Certains auteurs le contestent formellement — dont M. Léon Bernard, qui a défendu tout récemment à la tribune de l'Académie de Médecine la thèse dualiste — et ils font état des particularités cliniques suivantes :

« L'alastrim, disent-ils, diffère essentiellement de la variole par sa faible mortalité, par l'absence de rachialgie, d'énanthèmes, d'ombilication des vésicules, l'absence d'odeur fétide au stade de suppuration. De plus, il n'y a pas de fièvre secondaire et la maladie ne laisse point de cicatrices indélébiles; enfin, la vaccination jennérienne ne protège que d'une façon inconstante contre l'alastrim ».

Ce tableau clinique, il est vrai, résume les particularités de certains cas d'alastrim, mais seulement des cas bénins, qui furent nombreux, il faut le reconnaître. Mais il en fut tout autrement dans les cas moyens et *a fortiori* dans les cas graves et confluent, comme en avaient déjà signalés, à la Jamaïque, Moody et Mac-Callum en 1922, et comme il y en a eu à la Guadeloupe et à la Martinique en 1923.

Il ne fut pas rare alors de constater chez ces malades de la rachialgie souvent intense (obs. II), de l'énanthème très marqué (obs. I et II) et une très nette ombilication, qui fut constante (obs. IV notamment, de MM. les P^{rs} Le Dantec et Sabrazès).

L'odeur fétide fut moins souvent remarquée; cependant, comme nous le dit le D^r Arnould dans son rapport sur l'épidémie de la Martinique, « certains malades exhalaient une mauvaise odeur caractéristique, fade et pénétrante à la fois, rappelant celle qui accompagne certaines suppurations massives ». Il en fut de même pour la fièvre secondaire, qui n'a été observée que dans les cas graves ou mortels.

Il est, de plus, inexact que l'alastrim ne laisse aucune trace cutanée sensible. De nombreux sujets, qui avaient été fortement touchés par la maladie, ont conservé, après la convalescence, des cicatrices à centre déprimé, dépigmenté, donnant à la peau un aspect chagriné et rugueux. Il n'est pas rare ainsi, paraît-il, de voir à l'heure actuelle, dans les rues de la Pointe-à-Pitre, des gens portant les stigmates de l'alastrim.

Les dualistes allèguent enfin que l'extension de l'alastrim a été peu influencée par la vaccination et que l'épidémie a continué son cours, en dépit des « vaccinations pratiquées en masse ». Les observations faites à la Guadeloupe, en 1923, infirment complètement ces assertions, et prouvent qu'au contraire, l'immunité conférée par le vaccin jennérien s'est montrée aussi efficace à l'égard de l'alastrim qu'à l'égard de la variole.

Notre confrère, le D^r Corbin, nous cite à ce propos les faits bien convaincants suivants :

« Nous n'avons jamais rencontré, nous dit-il, de cas d'alastrim parmi les individus récemment vaccinés ou parmi les membres des familles qui ont été inoculés dès les premières manifestations de l'épidémie, et il est même advenu de nombreuses fois que ceux qui avaient échappé pour une

raison quelconque à la vaccination, ont contracté la maladie à l'exclusion des autres membres (obs. III) ».

« De plus, les enfants ont été en général épargnés; or, chaque année, l'on procède dans les écoles, à la vaccination — obligatoire — des nouveaux élèves ».

« Un cas d'alastrim est-il soupçonné au début de la période d'invasion, on vaccine séance tenante : le malade pour la première fois de sa vie, et aussi les membres de sa famille. Le vaccin est positif chez ces derniers et négatif chez le patient. L'alastrim évoluant, les inoculations vaccinales demeurent sans résultat. (Il y a lieu de remarquer que des constatations identiques ont été faites un grand nombre de fois) ».

« Enfin, l'insertion du vaccin jennérien à des sujets récemment atteints d'alastrim et portant des cicatrices vieilles de trois mois à peine, n'a jamais donné de résultat positif ».

« Nous ferons remarquer que le vaccin employé était constitué par de la pulpe vaccinale fraîche, de qualité irréprochable ».

Nous dirons de plus que malgré les séances de vaccination publique — organisée d'ailleurs officiellement d'une façon tardive, 4 mois seulement après le début de l'épidémie — la population noire, ayant constaté que l'alastrim ne tuait point, ne s'en effraya pas et négligea systématiquement de se faire vacciner. Aussi, ce fut elle qui paya le plus lourd tribut à la maladie.

Ainsi, se trouve confirmée l'efficacité de la vaccination jennérienne vis-à-vis de l'alastrim, efficacité qui avait d'ailleurs été constatée depuis longtemps déjà par de Korté, Ribas, Carini, Mitchell, et tout récemment, en 1921, par Moody et Mac Callum, à la Jamaïque.

Si nous ajoutons que l'on a signalé des complications oculaires, myocardiques, nasales (rapport du D^r Arnould, Martinique) hémorragiques (D^r Ribas, Sao-Paulo, Brésil, 1910) rénales (D^r Corbin, obs. II) et même l'avortement (D^r Cor-

bin) que devient, dans ces conditions, l'argumentation dualiste?

Est-il légitime dès lors de persister à considérer l'alastrim comme une maladie distincte de la variole, une entité morbide nouvelle?

Nous sommes, en effet, en présence d'une fièvre éruptive dont nous avons vu tout-à-l'heure l'étroite ressemblance et les nombreux points communs avec la variole. Bien que le taux de la mortalité ait été faible (1 0/0 environ de la morbidité totale, 3 0/0 des cas hospitalisés — cas sérieux — (D^r Arnould), n'est-il pas plus simple et plus logique de rattacher l'alastrim à la variole?

Il est évident qu'il ne peut s'agir ici de la variole classique, grave et défigurante, telle qu'on la voyait autrefois et telle qu'on ne la rencontre guère plus aujourd'hui. Mais nous savons que de tout temps, on a observé des épidémies de variole bénigne (Marseille 1828, Angleterre 1903 et 1905, Suisse 1922), et que même dans les épidémies les plus meurtrières on a vu de nombreux cas bénins (Bordeaux 1892, par exemple).

La création du terme « varioloïde » ne répondait-elle d'ailleurs pas à la nécessité de différencier la variole typique de ses formes frustes? Celles-ci eussent été vite, comme la varicelle, isolées du cadre de la variole si une raison clinique majeure ne l'avait interdit, à savoir que la vaccination jennérienne protège autant contre la varioloïde que contre la variole classique. Ce critère a permis de maintenir ces deux types cliniques dans le même cadre nosographique, alors qu'on en avait distrait la varicelle, sur laquelle la vaccine n'a aucune action préventive...

Or, nous retrouvons dans l'alastrim comme dans la variole, ce caractère essentiel : l'immunisation par le vaccin jennérien, qui suffit à démontrer leur étroit lien de parenté, à défaut de preuves expérimentales sûres. Les recherches de laboratoire (corps de Guarnieri, hyperleucocytose, myélocytose, réaction cornéenne de Paul) — tantôt affirmées,

tantôt niées dans l'alastrim — ne sont-elles pas encore très indécises? Comment en être surpris, d'ailleurs, puisque ces particularités hématologiques, déjà inconstantes dans la variole typique (77 0/0 des cas, d'après J. Teissier), sont infiniment moins accusées encore dans la varioloïde?...

Nous sommes donc en possession d'un critère clinique fondamental. Peu nous importe dès lors, la faible mortalité de l'alastrim, qui trouble tant les partisans du dualisme.

La léthalité de la varioloïde, pourtant forme de variole universellement reconnue, est encore plus faible que celle de l'alastrim. « La mortalité de la varioloïde est nulle » nous dit le P^r Teissier dans le « *Nouveau Traité de Médecine* ». C'est donc une affection d'une incontestable bénignité.

Et puis, pourquoi tant s'étonner quand nous savons que nombre de maladies ont eu, à des époques différentes, des aspects cliniques divers et une gravité inégale? La grippe, ordinairement si bénigne, a donné lieu en 1918 à une épidémie fort meurtrière. De même, la rougeole aux îles Feroé, en 1846, et aux îles Fidji, en 1875.

Inversement, bien que l'on ne voit plus, à l'heure actuelle, la pneumonie lobaire aigue dans son type franc et classique si fréquent autrefois, a-t-on jamais pensé à en distraire au point de vue nosographique ses manifestations légères et irrégulières d'aujourd'hui?

Il est donc, à notre sens, peu judicieux de vouloir faire de l'alastrim une entité morbide différente de la variole, alors qu'elle a logiquement sa place dans les types cliniques divers de cette dernière fièvre éruptive...

Concluons en définitive que l'alastrim, qui a été l'objet de tant de discussions, n'est ni une varicelle atypique, ni une maladie nouvelle, mais doit être simplement considérée, jusqu'à nouvel ordre, comme une variole bénigne, une varioloïde...



CHAPITRE V

Prophylaxie

Nous avons vu au chapitre II que l'alastrim, à la Guadeloupe, a été officiellement diagnostiquée « varicelle ». Elle ne fut, par conséquent, soumise à aucune réglementation sanitaire, la désinfection et la déclaration n'étant pas obligatoires pour cette dernière fièvre éruptive.

Dans d'autres contrées (Martinique, Brésil), où l'autonomie morbide de l'alastrim était officiellement reconnue, on s'est basé sur sa bénignité pour éviter l'application de mesures de police sanitaire maritime.

Si l'on considère, comme nous l'avons montré, que la maladie est une simple varioloïde, il semble que doivent être appliqués les règlements de 1902.

L'on ne doit pas oublier, en effet, que la grande diffusion de l'alastrim à la Guadeloupe, à la Martinique et à la Guyane, et par suite de nombreux décès sont dus à l'inobservance — tant au début qu'au plus fort de l'épidémie — desdits règlements.

N'oublions pas aussi que cette simple négligence a permis la contamination par voie de mer, des pays voisins; que l'alastrim aurait pu être importée sur la terre de France, si de sévères mesures d'isolement et de désinfection n'avaient été prises envers les malades arrivant des Antilles.

Il paraît donc désirable, pour éviter à l'avenir ces malencontreuses méprises, que soit modifiée dans ses termes concernant la variole, la liste des maladies à déclaration obligatoire. Ainsi pourront être appliquées convenablement

aussi bien contre l' « Alastrim » que contre la variole, les instructions légales concernant l'isolement, la désinfection et la police sanitaire maritime.

De cette façon, pourra être organisée contre les « maladies varioliformes », et contre l'alastrim en particulier, une prophylaxie judicieuse et efficace. Celle-ci reposera, comme pour la variole sur les points suivants :

1° Isolement précoce, absolu et prolongé (une quarantaine de jours).

2° Surveillance des sujets approchant les malades.

2° Désinfection pendant et après la maladie.

4° Vaccination de l'entourage et revaccination généralisée.

5° Organisation des mesures de prophylaxie internationale (notification de l'épidémie, passeport sanitaire, surveillance des navires).

Appliquées rigoureusement, ces mesures suffiront à enrayer rapidement les progrès de toute épidémie d'alastrim et à faire disparaître cette « maladie nouvelle », comme elles ont suffi à débarrasser la France et l'Europe de la variole.

CONCLUSIONS

1° L'alastrim est connue depuis longtemps sous des vocables divers et a été signalée sur tous les continents, bien avant l'épidémie de 1923 aux Antilles.

2° L'alastrim a fait son apparition à la Guadeloupe, en 1923, venant de la Dominique et n'a frappé que des sujets non vaccinés ou vaccinés depuis longtemps.

3° Nos observations montrent que la maladie a revêtu des types de marche et de gravité diverses.

4° L'alastrim ne doit être considérée, dans l'état actuel de la science, ni comme une forme de varicelle, ni comme une maladie nouvelle, mais bien comme une variole bénigne, une varioloïde.

5° La prophylaxie de l'alastrim doit consister en définitive en les mesures prises ordinairement contre la variole.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président :

A. LE DANTEC.

VU :

Le Doyen :

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 24 mars 1924.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- E. RIBAS. — Alastrim, amaas ou milk-pox (*Rev. Méd. de S.-Paulo*; 15 sept. 1910).
- CARINI. — A propos d'une épidémie très bénigne de variole (*Bull. Soc. Path. Exot.*, Paris, 1911, iv, 35-39).
- E. RIBAS. — Alastrim, amaas, or milk-pox (*The Jour. of trop. méd. and hyg*; Lond. 15 juillet 1911).
- H. BEAUREPAIRE-ARAGO. — A proposito do alastrim. (*Brazil medico*, 15 mars 1911).
- A. AZEVEDO. — L'alastrim. (*Rapp. à la Soc. de Méd. et de Chir. de Sao-Paulo*, 1912).
- PRON. — L'alastrim (*Bull. méd. de l'Algérie*, Alger 1913, 27-30).
- CARINI. — Encore sur l'identité de l'alastrim avec la variole. (*Bull. Soc. Path. exot.*, Paris 1913, p. 549).
- LEBCEUF et GAMBIER. — Sur deux cas de milk-pox ou alastrim, observés à Brazzaville (Moyen-Congo). (*Bull. Soc. Path. Exot.*, Paris, 1919, p. 489-492).
- CAMERON. — Variola, varicella and alastrim (*Lancet*; Lond., 1920, II, 42).
- NASII. — Small-pox and alastrim (*Lancet*: Lond., 1920, II 1325).
- HECTOR READ. — Viruela o alastrim? (Santo-Domingo 1921).
- J.-P. LEAKE. — Experiments on alastrim (*Anal. in Bull. Instit. Pasteur*, 1922, 386).
- RUCKER. — Alastrim (*Public. Health. Reports* 9 déc. 1921).
- MOODY and MAC CALLUM. — Alastrim in Jamaica (*Am. J. Hyg., Balt.* 1921, p. 388).
- MITCHELL. — Variole et amaas dans l'Afrique du Sud (*Lancet*, 14 oct. 1922).
- LÉGÉ. — L'alastrim (*Revue d'Hygiène*, oct. 1923).

- HOFFMANN. — Blood studies in small pox, with special reference to alastrim. (15 juin 1923. *Journal of trop. med.*).
- IZZET ANDERSON. — On epidemic varioloïd-varicella in Jamaïca. (*Transactions of the Epidemiological Society*, Lond. 1867, II, 414).
- THOMSON et BROWNEE. — Observations on an infectious disease in lascars having close relations with variola and varicella (*The Lancet*, Lond. 1898, II 1051).
- IZZET ANDERSON. — Id. (*The Lancet*. Lond. 1898 II, 1363).
- MONTEZAMBERT. — Notes on a mild type of small-pox, variola ambulans (*British méd. J.*, Lond. 1901, I, 1134).
- BRIDGER. — The Trinidad epidemic. (*Lancet*, Lond., 1903, II, 628).
- DICKSON et LASSALLE. — Varioloïd-varicella in Trinidad. (*Brit. med. J. London*, 1903, II; 711-713 et *J. Trop. Med.* London, 1903, VI, 318-323).
- DE KORTÉ. — Amaas or Kaffir-milk-pox (*Lancet*, Lond., 1904, I, 1273).
- LÉON BERNARD. — Sur l'alastrim (*Bull. Acad. de méd.*, Paris 1923, 2 oct. 1923).
- S. CHAUVET. — L'alastrim (*La Clinique*, nov. 1923).
- A. RAYBAUD. — id. (*Marseille-Médical*, 25 nov. 1923).
- VAN HOOFF. — L'alastrim au Stanley-Pool (*Rev. d'hyg. et de med. trop.*, Congrès de Loanda (Angola), 1923).
- R. BEAUJAN. — Alastrim et variole. (*Bull. Soc. Path. exot.*, Paris, 14 nov. 1923).
- ARNOULD et BEAUJAN. — L'alastrim à la Martinique en 1923. *Ann. de méd. et de pharm. col.*, 1923, N° 3).
- SABRAZÈS et MASSIAS. — Morphologie du sang dans la variole et l'alastrim (*Arch. des mal. du cœur et du sang*, Nov. 1923).
- ROGER, WIDAL et TESSIER. — *Nouveau traité de médecine* (fascicule II, 1922, article « Variole »).
-



1.8

