

## ANALYSES

---

R. DESCHIENS. — **L'amibiase et l'amibe dysentérique** (Masson et C<sup>ie</sup> édit.), Paris, 1965, 1 vol., 650 p., 50 fig., 7 pl.

Ce livre a le mérite de paraître à l'heure où les maladies tropicales, et parmi elles l'amibiase, sont de plus en plus fréquemment observées dans notre pays.

Les modalités de la vie contemporaine, liées à des facteurs économiques, culturels, politiques, font qu'une importante main-d'œuvre issue d'Afrique séjourne sur notre sol, que des hommes d'affaires, des politiciens, des ingénieurs, des enseignants, des missionnaires, des contingents militaires se déplacent des zones chaudes vers les pays tempérés et inversement.

Dans ces conditions, la possibilité de rencontrer l'amibiase est amplifiée, mais aussi la possibilité de sa propagation à partir de cas d'importation doit être envisagée non pas certes sous la forme d'une endémie, mais éventuellement de petits foyers de contagions.

Ce livre a pour but d'apporter aux médecins, aux épidémiologistes et aux biologistes la documentation nécessaire sur les problèmes épidémiologiques, cliniques, diagnostiques et thérapeutiques.

Ces grandes divisions de l'ouvrage sont les suivantes :

- 1° *Histoire de l'Amibiase.*
- 2° *Epidémiologie.* Répartition géographique. Caractères généraux. Etiologie. L'amibe dysentérique.
- 3° *Anatomie pathologique.*
- 4° *Etude clinique.* L'amibiase intestinale. L'amibiase hépatique. L'amibiase pulmonaire. Localisations extra-intestinales et extra-pulmonaires.
- 5° *Thérapeutique et Pharmacologie.* Généralités. Médications dans l'amibiase. Traitement de l'amibiase intestinale. Schémas thérapeutiques. Traitement des localisations extra-intestinales de l'amibiase.
- 6° *Prophylaxie.* Bibliographie. Index.

**L'histoire de l'amibiase** comprend trois périodes :

- Période nosologique antécédente dans son ensemble à la découverte de l'amibe dysentérique.
- Période parasitologique ouverte par la découverte de l'amibe par Lösch en 1875 à Saint-Petersbourg.
- Période contemporaine caractérisée par une connaissance approfondie de la maladie, de sa thérapeutique, de son épidémiologie, de sa pathogénie et de la biologie en culture et *in vivo* de l'amibe dysentérique.

**L'étude épidémiologique** comporte des développements groupés en deux ensembles :

— *Les caractères épidémiologiques généraux* ayant trait à la répartition géographique, au développement autochtone de l'affection, à sa nature essentiellement endémique, influencée par des facteurs saisonniers dans les régions où elle sévit, à ses manifestations épidémiques dans les régions tempérées.

— *Les causes étiologiques de l'infestation.* Elles comprennent l'étude parasitologique, biologique, expérimentale très détaillée de l'agent spécifique : l'amibe dysentérique, ainsi que les modalités de l'infestation, l'analyse des causes favorisantes de l'implantation parasitaire.

**Sur le plan anatomo-pathologique,** la lésion élémentaire de l'amibiase, quelle que soit sa localisation viscérale (intestinale, hépatique, pulmonaire ou autre), est initialement un nodule nécrotique provoqué par les enzymes histolytiques de l'amibe. Ce nodule nécrotique tend à s'abcéder et à s'évacuer vers l'extérieur ou vers les cavités naturelles. La propagation des lésions intestinales aux autres viscères est réalisée par des métastases sanguines ou lymphatiques ou par propagation directe.

**L'étude clinique de l'amibiase,** à laquelle est consacré environ le tiers de l'ouvrage, comporte plusieurs chapitres relatifs aux manifestations intestinales, hépatiques, pulmonaires et, enfin, aux localisations extra-digestives et extra-pulmonaires.

*A propos de l'amibiase intestinale,* l'auteur rappelle tout d'abord que les manifestations de l'amibiase dite commune, les complications de l'amibiase et les formes atypiques de la maladie s'encadrent dans la classification nosologique de Blanc et Siguiet, distinguant quatre catégories d'expressions pathologiques. Il signale également l'intérêt de la classification pratique de Schneider. Toutefois, pour éviter une confusion descriptive, correspondant à la multiplicité des formes dénombrées, le plan d'étude adopté est le suivant :

1° L'amibiase commune, forme classique et prédominante de la maladie en région d'endémie, évoluant en une phase initiale ou syndrome dysentérique, prolongée par une phase essentiellement chronique dont la diversité des aspects est accusée.

2° Les formes atypiques de l'amibiase représentant 30 % des cas environ (formes colohépatiques, gravissimes, à masque septicémique ou typhoïdique, formes cholériques ou au contraire formes frustes, larvées). La polarisation des lésions sur les différents segments du côlon peut enfin donner à la maladie des aspects cliniques particuliers. Enfin, des perturbations fonctionnelles en rapport avec des troubles du système vaso-sympathique peuvent singulièrement compliquer le tableau clinique.

3° Les formes associées à un certain nombre d'infections, d'infestations parasitaires ou de maladies nutritionnelles.

4° Les complications et les séquelles de l'amibiase. L'amibiase intestinale infantile fait l'objet d'un exposé particulier.

*Les amibiases extra-intestinales* sont toujours secondaires à l'infestation colique bien que, dans certains cas, la discrétion de cette dernière n'ait pas permis de la révéler. Leurs manifestations traduisent soit un état inflammatoire simple avec nécrose débutante (phase présuppurative), soit une nécrose suppurée, ces deux aspects représentant en fait les stades successifs d'une même lésion dont l'évolution peut être enrayée par une thérapeutique adéquate tôt instituée.

L'attribution de ces métastases à leur origine amibienne peut être rendue difficile par le fait que la symptomatologie observée n'a rien de pathognomonique et qu'elle peut se rapporter à différents types évolutifs : aigus, subaigus, chroniques, larvés, frustes. Ceci est particulière-

ment vrai pour les deux principales métastases hépatique et pulmonaire de l'amibiase intestinale qui font l'objet d'une étude importante. Leurs aspects classiques, atypiques, leurs complications locales et à distance sont étudiés et les difficultés du diagnostic différentiel sont mises en évidence.

Enfin, les différentes localisations extra-digestives et extra-pulmonaires de l'amibiase moins fréquentes, voire exceptionnelles, sont passées en revue (encéphaliques, cutanées, génito-urinaires, spléniques, osseuses, lymphatiques). Les problèmes du « rhumatisme amibien » et celui des relations directes de l'amibiase chronique avec certains troubles endocriniens sont évoqués.

**Le diagnostic de l'amibiase** offre de multiples embûches au clinicien. Sans doute, dans le « labyrinthe amibien », il peut non sans difficultés établir un diagnostic de probabilité basé sur la symptomatologie et l'évolution de la maladie ; les épreuves complémentaires, radiologiques, rectoscopiques, hématologiques, voire la médication d'épreuve, lui seront d'un grand secours, mais en définitive le diagnostic de certitude sera microscopique et parasitologique. Il était donc normal qu'une étude très détaillée lui soit réservée concernant les modes de prélèvements et de préparation des échantillons à examiner, des techniques d'examen, des procédés de discrimination des formes végétatives et kystiques des amibes et des autres éléments parasitaires ou non avec nombreux documents photographiques, dessins et tableaux à l'appui.

**La thérapeutique de l'amibiase** est abordée en fonction des notions biologiques et pharmacologiques relatives à son agent pathogène. Il convient de distinguer les médicaments directement amœbicides et ceux dont l'effet, pour être indirect, n'en est pas moins important puisqu'il s'exerce sur la flore bactérienne associée indispensable à l'amibe pour réaliser certaines synthèses chimiques qu'elle ne peut élaborer elle-même.

Parmi les vrais amœbicides, une discrimination doit être établie entre :

1° les amœbicides tissulaires, diffusibles par voie sanguine et humorale, agissant sur le parasitisme viscéral et dont les types mêmes sont l'émétine et ses dérivés de synthèse (déhydro-émétine) ;

2° les amœbicides de contact surtout représentés par les iodo-quinoléines et les arsenicaux qui, ingérés et transités par l'intestin, exercent leur pouvoir parasiticide sur les amibes du type *Minuta* et prékystiques vivant dans la lumière ou à la surface du côlon.

Enfin sont étudiés les antibiotiques, les médications anticolitiques générales.

Des schémas thérapeutiques sont proposés soulignant, après le traitement d'attaque, l'intérêt des cures de prolongement et de consolidation échelonnées sur six mois à deux ans. La diététique et les cures thermales doivent également intervenir.

Dans les amibiases viscérales, la part de la chirurgie associée au traitement médical est importante. Les indications de l'émétine et de la chloroquine sont discutées dans le traitement médical de l'amibiase hépatique.

**La prophylaxie de l'amibiase** est envisagée sous l'aspect des mesures générales, individuelles et de la chimio-prophylaxie. Les mesures générales se rapportent à la salubrité des eaux de consommation, du sol et de l'habitat, le dépistage des atteintes, les dispositions à prendre vis-à-vis des malades et des porteurs de kystes, la désinfection des selles, les mesures à prendre par l'entourage direct.

La possibilité d'une chimio-prophylaxie par la thérapeutique anti-amibienne préventive est envisagée. Elle ne peut être conseillée qu'occasionnellement dans des cas bien particuliers.

Une *bibliographie* abondante, classée par rubriques comprenant plus de 1 300 références, à laquelle sont associés un index alphabétique des auteurs et de matières, clôture cet ouvrage dont nous rappelons l'illustration très conséquente.

Nous pensons que ce livre, par la somme des connaissances qu'il contient sur l'épidémiologie, la clinique, le diagnostic, la thérapeutique et la prophylaxie de l'amibiase, mérite de figurer dans la bibliothèque de tout médecin.

J. LAPIERRE.